Ministerul Sănătății
Direcția Sanitară a Județului Iași
Spitalul Clinic Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iași
Direcția Județeană pentru Tineret și Sport Iași
Centrul de Sănătate a Reproducerii și Planificare Familială Iași

Cu sprijinul reprezentanților UNICEF și USAID în România

Educația sexuală și contraceptivă a adolescenților

Iași iunie 1997

Ministerul Sănătății
Direcția Sanitară a Județului Iași
Spitalul Clinic Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iași
Direcția Județeană pentru Tineret și Sport Iași
Centrul de Sănătate a Reproducerii și Planificare Familială Iași

Cu sprijinul reprezentanților UNICEF și USAID în România

Educația sexuală și contraceptivă a adolescenților

Iași iunie 1997

Scanned with OKEN Scanner

Cuprins

1. Probleme legate de educația sexuală și contraceptivă a adolescenților
E. Gheorghiță, D.S. Tomoșoiu
Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iași
Centrul de Sănătate a Reproducerii și Planificare Familială 6

2. Endocrinologia pubertății. Pubertatea fiziologică
Zbranca Eusebie, Voichița Mogoș, Cristina Cristea, Cristina Ungureanu
Clinica Endocrinologică Iași 13

3. Maladiile sexual-transmisibile la adolescenți în județul Iași în perioada 1994-1996
Zenaida Petrescu, Tatiana Constantin, Laura Solovăstru, C. Dobre, Luminița Rotaru, Elena Nemțișor, Ana Savciuc
Clinica de Dermatologie Spitalul "Sf. Spiridon", Policlinica pentru Studenți și Elevi, Policlinica nr.1 și nr.2, Iași 27

4. Particularitățile Bio-Psiho-Sociale ale Adolescenței
V. Chirița, S. Turliuc, Roxana Chirița, C. Ștefănescu
Universitatea de Medicină și Farmacie Iași
Disciplina de Psihiatrie 36

5. Maternitatea la adolescente
Otilia Casian-Botez, C. Boeru, Ilinca Rădăuceanu, Luminița Burlacu, Dana Cernucan
Spitalul Clinic "Elena Doamna" Iași - Cabinetul de Planificare Familială 42

6. Identificarea particularităților de comportament sexual a unor adolescente eleve din București
N. Crișan, D. Nanu, Liana Pleș, D. Lăzărescu, Mihaela Nanu, Maria Covaciu
Clinica de Obstetrică Ginecologie a Spitalului Clinic "Sf. Ioan", Maternitatea Bucur, București, IOMC București 49

7. Curs de sexologie
E. Zbranca, Voichița Mogoș, Carmen Vulpoiu
Disciplina Endocrinologie Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași 58

8. Caracteristici ale comportamentului de cuplu (din experiența Cabinetului de Sfat Premarital Iași) (rezumat)
E. Zbranca, V. Mogoș, M. Mancaș, C. Huțanu, V. Urdaru
Disciplina Endocrinologie Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași, Cabinetului de Sfat Premarital Iași 64

9. Nivelul de informație și metode contraceptive utilizate de studente
Voichița Mogoș, Diana Piroiu, Cristina Cristea, E. Zbranca
Disciplina Endocrinologie - Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași 66

10. Dezvoltarea psiho-sexuală postnatală
Voichița Mogoș, Eusebie Zbranca
Disciplina Endocrinologie Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași 75

Scanned with OKEN Scanner

11. **Metode recomandabile a fi folosite în educaţia sexuală a adolescenţilor în şcoli**
Ecaterina Ilisei, Luminiţa Burlacu, Luminiţa Tucaş, Alexandru Scutaru, As. Elena Cucoranu
Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iaşi
Centrul pentru Sănătatea Reproducerii şi Planificare Familială - Liceul de Informatică Iaşi 103
12. **Opinii privind unele particularităţi ale comportamentului sexual la o categorie de adolescente (date sugerate de sondajul de opinii efectuat în cadrul Policlinicii pentru Elevi şi Studenţi Iaşi)**
Carmen Stratone, Luminiţa Burlacu, Mariana Flodor, as.Alina Şerban
Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iaşi
Centrul pentru Sănătatea Reproducerii şi Planificare Familială 117
13. **Avortul la adolescente**
Dana Cernucan, Simona Ursu, Ilinca Rădăuceanu, Mariana Flodor, as. Rodica Ştefan
Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iaşi
Centrul pentru Sănătatea Reproducerii şi Planificare Familială 120
14. **Economicitatea contracepţiei la adolescenţi**
Ilinca Rădăuceanu, Dana Cernucan, Simona Ursu, Alex Scutaru
Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iaşi
Centrul de Sănătate a Reproducerii şi Planificare Familială 125
15. **Metode contraceptive la adolescent**
Simona Ursu, Diana Popovici, Dana Cernucan, Ilinca Rădăuceanu, Asist. Alina Şerban
Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iaşi
Centrul pentru Sănătatea Reproducerii şi Planificare Familială 132
16. **Contracepţia la adolescente**
Valentina Diug
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie "N. Tesmiţanu", Chişinău, Republica Moldova . 137
17. **Contracepţia locală la adolescente**
Rodica Pleşca, Iolanda Blidaru, Irina Cafighera, Nina Roman
Cabinetul Contracepţie-Planificare Familială, Maternitatea "Cuza Vodă" Iaşi 139
18. **Adresabilitatea pentru contracepţie la adolescente**
Rodica Pleşca, Irina Cafighera, Iolanda Blidaru, Nina Roman
Cabinetul Contracepţie-Planificare Familială, Maternitatea "Cuza Vodă" Iaşi 141
19. **Contracepţia versus avort la cerere la adolescente**
Irina Cafighera, Iolanda Blidaru, Rodica Pleşca, Nina Roman
Cabinetul Contracepţie-Planificare Familială, Maternitatea "Cuza Vodă" Iaşi 143
20. **Adolescenta - sexualitate, contracepţie, contragestie**
Iolanda Blidaru, Irina Cafighera, Rodica Pleşca, Nina Roman
Cabinetul Contracepţie-Planificare Familială, Maternitatea "Cuza Vodă" Iaşi 146
21. **Obiective şi etape ale activităţii de educaţie sexuală în licee**
S. Galearschi, C. Mihăilă, C. Mocănaşu, D. Pletea
Clinica I Obstetrică Ginecologie Iaşi, Dispensarul comasat Copou 148
22. **Contracepţia de urgenţă cu Levonorgestrel, alternativă a regimului YUZPE**
S. Galearschi, C. Mihăilă, C. Mocănaşu, D. Pletea
Clinica I Obstetrică Ginecologie Iaşi, Dispensarul comasat Copou 150

Scanned with OKEN Scanner

23. Educația contraceptivă și sexuală la adolescente
Petre Chitulea, Lucia Mitran, Geza Samuel
Universtatea Oradea, Facultatea de Medicină 153
24. Studiu comparativ asupra evoluției nașterilor, avorturilor și folosirii mijloacelor contraceptive într-un spital din Galați
Mariana Crețu, E. Pralea, as. Maricica Stoica
Spitalul de Obstetrică Ginecologie "Buna Vestire" Galați 165
25. Considerații asupra vieții sexuale la adolescenți. Particularități ale plenning-ului
D. Dumitrescu, Mădălina Iovoaia
Spitalul Orășenesc Tg. Neamț 175
26. Avantaje și dezavantaje ale diferitelor metode contraceptive la adolescenți
Mădălina Iovoaia, D. Dumitrescu
Spitalul Orășenesc Tg. Neamț 184
27. Complicațiile dispozitivului intrauterin folosit în Clinica de Planificare Familială "Marie Stopes" Bacău
C. Cruceanu, S. Sălcudeanu, A.M. Sălcudeanu, V. Iosub, O. Bleuța, L. Beleuța, I. Lalu
Clinica de Planificare Familială "Marie Stopes" Bacău 192
28. Metode de educație contraceptivă și sexuală la adolescenți
D. Crăiuț, R. Lucaci, H. Olah, D. Crihana, C. Noja
Oradea 195

Scanned with OKEN Scanner

1

Probleme legate de educația sexuală și contraceptivă a adolescenților

E. Gheorghiță, D.S. Tomoșoiu
Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iași
Centrul de Sănătate a Reproducerii și Planificare Familială

În abordarea problemelor legate de educația sexuală și contraceptivă a adolescenților, pot apărea de la început dificultăți care, dacă nu sunt îndepărtate, pot determina deseori situații neconforme cu realitatea. După experiența noastră ca și din analiza unor lucrări ce s-au ocupat de această temă, acțiunile educative în rândul adolescenților și în general în rândul tinerilor impun obligatoriu clarificarea inițială a câtorva aspecte. Ele ar fi:

- Fixarea limitei de vârstă în care acceptăm încadrarea noțiunii de adolescență, pentru a putea analiza eficient datele ce trebuiesc prezentate.
- Caracterul economic - cultural - social ca și cel etnic și religios al grupului populațional căruia ne adresăm.
- Competența celor care inițiază și conduc campania educațională.
- Asigurarea suportului economic al acțiunii.
- Posibilitatea de atrage colaborarea unor factori de importanță majoră, în viața de toate zilele a colectivității.

Trecând la anlizarea datelor menționate subliniem în primul rând că există o mare diversitate de opinii, privind limitele de vârstă ocupate de etapa adolescenței.

Scanned with OKEN Scanner

Exemplificând Dicționarul Medical apărut în 1969 sub redația lui P. Siminici, acesta fixa adolescența ca perioadă cuprinsă între 14-17 ani. Profesorul Gavrilescu, în 1977, la Conferința de Ginecologie Juvenilă, conferință cu carcater național ce s-a desfășurat la Iași, accepta limitele de 14-18 ani. Larouss-ul medical ilustrat din 1964 fixa aceste limite între 12-20 ani pentru fete și între 14-22 ani pentru băieți. OMS-ul încadrează adolescența între 10-19 ani, fapt ce ni se pare că justifică cel mai bine atât termenul cât și problematica. De altfel, termenul de adolescență provine din latinul "adolescere" ce înseamnă a crește, a se dezvolta. După cum se știe modificările psihice și fizice încep puțin înainte de apariția primelor semne ale pubertății, perioadă de tranformări complexe ce se continuă până la vârsta de 18-19 ani, bineînțeles în forme mai subtile, cu ecou profund de ordin general, chiar dacă somatic nu sunt așa de evidente.

În nici un caz, adolescența nu poate fi considerată că își are debutul la sfârșitul pubertății pentru că, gândind astfel, falsificăm realitatea și problematica ce o abordăm.

Importantă este apoi diferențierea acestei categorii, a adolescenților din zilele noastre de cea de acum 25-30 ani. Trebuie să recunoaștem deschis că prezentul nu corespunde conjuncturii social-morale, etice, etc. în care au trăit și evoluat generații mai vechi. Explozia informațională de azi, libertatea sexuală, detașarea tinerilor de familie mult mai rapid decât odinioară, intervenția precoce a proceselor de autocunoaștere, crează elemente de diferențiere între generații. Sigur că particularitățile individuale nu lipsesc, însă ele nu sunt definitorii în analiza generală.

Astăzi, prin forța lucrurilor, adolescentul are o problematică mai modificată. Sexualitatea a fost demitizată. Publicațiile de toate tipurile facilitează accesul spre pornografie sau sexualitate deviată. Prostituția

Scanned with OKEN Scanner

clandestină, accesibilă adolescenților, ca și cele menționate mai înainte, aduc problema sexuală în rândul necesităților fiziologice-banale, eliminându-se din start caracterul ei, totuși, de un anumit specific.

Tendințele spre autoerotism se întâlnesc frecvent atât la băieți cât și la fete. Studii efectuate în acest sens, menționează că practic aproape toți adolescenții băieți s-au masturbat o dată sau de mai multe ori, la fete procentajul fiind ceva mai redus. După o anumită vârstă, când preocupările heterosexuale devin evidente, practicile autoerotice se reduc la fete într-o mare măsură, pe când la băieți ele pot continua multă vreme, până chiar spre maturitate.

Sunt de remarcat la băieți, tendințele spre violență în realizarea necesităților sexuale, violență direcționată fie către tinere de aceeași vârstă sau deseori către persoane ce depășesc adolescența și uneori chiar maturitatea.

Violul, cu toate măsurile punitive ce se iau împotriva sa și care sunt cunoscute prin largă mediatizare, cunoaște o creștere a frecvenței. Accesul spre rezolvarea tensiunilor sexuale de care sunt cuprinși unii tineri, în special după consumul de alcool, cu dificultăți de rezolvare imediată, îndreaptă pe mulți la acte de violență, la viol.

Credem că ar fi de luat în discuție legalizarea prostituției, care ar putea contribui și la diminuarea maladiilor cu transmitere sexuală (inclusiv SIDA).

Adolescența crează însă prin profunzimea modificărilor psihice, prin tendințele de autodepășire, cu fixarea unor modele care le conturează aspirațiile și un teren propice practicilor homosexuale. Recrutarea atât a băieților cât și a fetelor spre astfel de practici este ușurată atât de viața în colectivități circumscrise (internate, cămine) cât și de caracteristicile și carisma persoanelor care îi abordează spre inițiere. Ecoul lăsat de practicile homosexuale poate fi mai mult sau mai puțin profund în

Scanned with OKEN Scanner

existența ulterioară a individului. Pentru unii rămâne ca practică și împlinire sexuală definitivă. Pentru alții practica heterosexuală devine preponderentă, experiența homosexuală încetând definitiv sau repetându-se ocazional. Încercările noastre de a trece în revistă particularitățile sexualității adolescenților riscă fără îndoială incompletul.

Adolescența, după cum s-a afirmat este o perioadă ce cuprinde un număr important de ani. Modificările structurale psiho-fizice, specificul conjuncturii economice, culturale, sociale ce pot cunoaște variabilități pe parcursul adolescenței determină un concept și un comportament diferențiat în funcție de vârstă. Într-un fel va gândi și va proceda tânărul de 18 ani, în altul cel de 14-15 ani. Pentru acest motiv educația sexuală trebuie adaptată vârstei având permanent în minte caracteristicile specifice grupurilor cărora ne adresăm. Bineînțeles este vorba de educația sexuală desfășurată prin discuții cu grupuri mai mari, mai mici sau individual. În astfel de cazuri, pe lângă cele afirmate mai înainte, noi lucrăm numai cu grupuri de același sex. Încercarea de a discuta probleme de sexologie în grupuri mixte nu o considerăm recomandabilă.

Trecând în continuare la importanța factorilor de ordin economic, social, etnic, religios, în conturarea modului de desfășurare a procesului de educație, precizăm că noi, ca și alții, le acordăm un rol cu totul deosebit.

De exemplu, este sortită eșecului orice încercare de educație sexuală și contraceptivă, care se desfășoară în zone sau colectivități cu tentă religioasă puternică și nu se ține seama de acest fapt. Reamintim că și unele biserici de diferite confesiuni interzic contracepția, permițând aceasta doar prin abstinență.

Caracterul, strategia educației, funcție de o sumă de factori (sociali, economici, etc.) trebuiesc stabilite cu multă atenție și în deplină cunoaștere a realității.

Scanned with OKEN Scanner

Modelele folosite de alții, în regiuni și zone diferite, chiar din aceeași țară, trebuiesc analizate cu discernământ și aplicate numai dacă există similitudini de context. Același lucru este valabil și pentru experiența altor state, mai evoluate însă, cu elemente de diferențiere puternice atât în economie, cât și în cultură și mentalitate.

Ne referim fără îndoială la educația sexuală care, după cum se știe, impune pregătire, analiza atentă a specificului populației, a contextului economico-social, etc. Pentru problemele de contracepție datele sunt universal valabile, procedeele contraceptive având aceleași efecte în țări și zone diferite. Opțiunea pentru unele tehnici și procedee poate fi diferită.

Nu vrem și nu trebuie negată experiența celor care se ocupă de ani îndelungați de problemele educației sexuale și contraceptive. Sunt multe lucruri de învățat atât ca metodologie cât și variante de strategie și tactică. Noi ne manifestăm rezervele față de cei care introduc metode și modele numai pentru că așa s-a procedat în țara X sau Y.

Este clar pentru oricine că într-un fel se dezvoltă tânărul care din copilărie urmărește la televizor programe care frizează sexualitatea sau are contact fără îngrădiri cu publicații sexi, porno și altul, cel care a fost exceptat de la astfel de posibilități.

Se poate face o similitudine cu practicarea nudismului precoce sau tardiv. Pentru un tânăr obișnuit din mica copilărie cu nudismul colectiv, inclusiv cel familial, pe fondul unei educații generale atente, într-un fel va percepe elementele de maturizare sexuală vizibile la cei din jur, comparativ cu alții care au crescut în medii de altă factură.

Autorii referatului au menționat problemele nudismului, nu pe considerente de opțiune pedagogică, ci ca element faptic. Această manieră educațională care include și nudismul comportă multe discuții. Precizăm

Scanned with OKEN Scanner

doar că nudismul organizat în scop educativ este diferit de promiscuitatea din unele medii sociale, promiscuitate în care nudismul și practicile erotice "la vedere" dețin un rol preponderent.

Educația în general, deci și educația sexuală trebuie să aibă un suport material suficient pentru a-i asigura calitatea și eficiența. Din propria experiență neglijarea aspectului economic, recurgerea la soluții de compromis poate afecta acțiunea și face inutile cheltuielile întreprinse.

Cu ani în urmă, când am declanșat o campanie de educație sexuală și contraceptivă, neavând suficiente fonduri, am utilizat pentru confecționarea unor pliante și broșuri, hârtie și tehnică tipografică ajustată posibilităților noastre reduse. Efectul a fost dezolant.

Un element hotărâtor în reușita programelor de educație sexuală îl constituie competența celui care conduce programul. Amatorismul, eludarea unor realități, folosirea inadecvată a exemplelor, copierea unor programe desfășurate în alte țări, determină obținerea unor rezultate sub așteptări.

Credem că ar fi utilă încurajarea înființării de societăți sau instituții de înaltă specializare, care să poată îndeplini funcția de comandă, programe educaționale diverse, valabile și eficiente. Rezultatele ar fi apreciate pe indicatori preciși care să intre de altfel și în obligațiile contractuale.

Ar fi o modalitate de folosire rațională a bugetelor alocate educației, care ar elimina neajunsurile ce mai persistă încă. Se pune întrebarea dacă asigurarea optimă a condițiilor materiale este posibilă astăzi, când restrângerea economică a devenit preocuparea principală în toate domeniile. Experiența noastră ne-a demonstrat că pot fi depășite aceste greutăți de moment prin atragerea de diverși sponsori.

Insistența, persuasiunea și justificarea evidentă a

Scanned with OKEN Scanner

cererii, pot determina obținerea de rezultate și, uneori, permanentizarea sponsorizării.

Atragerea sponsorilor sau, mai exact, sprijinul material pentru acțiunile educative, nu înseamnă numai obținerea de fonduri bănești. Este la fel de benefic obținerea sprijinului presei, a posturilor de radio și televiziune care să publice în mod gratuit, articole, anunțuri, materiale propagandistice, etc.

În plus, diverse organizații guvernamentale și nonguvernamentale, instituții, agenți economici, etc. au preocupări educative și colaborarea cu acestea prin strategii comune devine foarte importantă. Pe primul plan stă școala, atât cea cu caracter preuniversitar, cât și cele de învățământ superior. Folosirea orelor de dirigenție, organizarea de cabinete cu destinație educativ-sanitară și inclusiv sexuală și contraceptivă pot fi forme de implementare a cunoștințelor corecte în privința sexualității și contracepției.

În încheiere ținem să relevăm unele aspecte de care este necesar să se țină seama atunci când organizăm programe educative. Este vorba de găsirea de metode adecvate tinerilor ca: seri educative cu prezentări de probleme educative intricate cu manifestări artistice, discuri comandate special, în care interpretul de muzică să pronunțe și unele fraze cu caracter educativ-sanitar, etc. Toate aceste forme de educație pot da rezultate superioare, dacă se asigură calitatea lor și bineînțeles dacă organizatorii dovedesc preocupare, înțelegere și afecțiune pentru cei cărora li se adresează aceste programe.

Scanned with OKEN Scanner

2

Endocrinologia pubertății. Pubertatea fiziologică

E. Zbranca, Voichița Mogoș, Cristina Cristea, Cristina Ungureanu
Clinica Endocrinologică Iași

Pubertatea reprezintă perioada vieții care marchează trecerea de la copilărie la viața adultă. Elementul control al acestei perioade este reprezentat de maturarea funcției secretorii a gonadei și de dobândirea funcției de reproducere.

Este deci, o fază a dezvoltării individului în care apar caracterele sexuale secundare, iar gonadele ajung la maturare incretorie și secretorie.

Limitele "vizibile" ale pubertății se situează între începutul dezvoltării primelor caractere sexuale secundare și dobândirea fertilității, puțin înaintea opririi creșterii organismului.

Cronologic vorbind, aceste limite sunt pentru începutul pubertății de 8-14 ani la fete și 10-16 ani la băieți și pentru sfârșitul ei, de 14-16 ani la fete și 16-20 de ani la băieți.

Hormonologia pubertății. Pubertatea la fete.

Unitatea hipotalamo-hipofizară responsabilă de dezvoltarea pubertară este deja constituită și funcțională la făt pe la mijlocul gestației.

În acest moment gonadele au capacitatea de steroidogeneză. Ovarele, la fătul de sex feminin, au numărul maxim de oocite. În partea a 2-a a gestației,

Scanned with OKEN Scanner

nivelul crescut de hormoni sexuali produși de unitatea fetoplacentară și începutul manifestării tonusului inhibitor a sistemului nervos central (SNC) inhibă secreția gonadotropă fetală.

La naștere, odată cu ieșirea de sub influența estrogenilor materni, inhibiția feed-back dispare, gonadotropii cresc și gonadele funcționează timp de câteva luni la un nivel pubertar.

Această "minipubertate" a nou-născutului este, de obicei, subclinică, deși poate fi responsabilă de o dezvoltare mamară neonatală (telarhă la fetițe sau ginecomastie la băieți). Pe măsură ce tonusul inhibitor al SNC crește (sau se modifică sensibilitatea hipotalamică la fenomenul feed-back) aceste modificări dispar.

La naștere zona fetală producătoare de androgeni a corticosuprarenalei începe să involueze. În câteva luni sursa suprarenală de sexoizi devne nulă. Pe la vârsta de 6 ani începe "adrenarha", o "pubertate a corticosuprarenalei". Suprarenala secretă 17 cetosteroizi, în special DHAS (dehidroepiandrosteron sulfat) ca răspuns la stimularea ACTH.

Modificările hormonale ale pubertății încep, de fapt (sau reîncep) în copilărie, cu mult înainte ca să apară caracterele sexuale secundare.

Cu aproximație, între vârstele de 6 și 9 ani, secreția gonadotropă crește gradat. Inițierea pubertății este consecința creșterii secreției gonadoliberinei hipotalamice (GnRH - gonadotropin releasing hormone). GnRH stimulează hipofiza care va elibera gonadotropii. Creșterea pubertară a producerii de gonadotropi este atribuită modificării sensibilității gonadostatului nervos la feed-back-ul steroizilor sexuali.

Scăderea aparentă a sensibilității gonadostatului ar fi datorată creșterii generării hipotalamice de pulsuri de GnRH pe măsură ce inhibiția tonică a SNC este ridicată

Scanned with OKEN Scanner

treptat. Secreția de tip pubertar a GnRH începe în timpul somnului. Rezultă o creștere nocturnă a secreției de LH caracteristică începutului pubertății. Secreția GnRH este pulsatilă.

Este important de notat că eliberarea gonadotropilor nu se face decât în condițiile eliberării de GnRH în mod pulsatil. Cu alte cuvinte, secreția pulsatilă a GnRH stimulează secreția gonadotropă pentru a induce (iniția) pubertatea.

Administrarea continuă, nepulsatilă de GnRH, suprastimularea, inhibă secreția de gonadotropi.

Creșterea sensibilității hipofizare la GnRH este rezultatul secreției crescânde de GnRH.

În mod deosebit crește răspunsul LH la stimularea GnRH pe măsură ce pubertatea avansează. Concomitent crește sensibilitatea gonadică față de gonadotropi pe măsură ce secreția acestora este mai prelungită. La fete, FSH-ul stimulează creșterea foliculară și activitatea aromatozei. LH-ul, stimulând celulele tecale pentru a forma androgeni, estrogenii vor fi formați de către celulele granuloasei prin intermediul acestei enzime. Hormonii sexuali formați la nivelul foliculului au efect sinergic cu FSH-ul, întărindu-i efectele asupra foliculilor.

În faza precoce a pubertății, secreția gonadotropă crește cu o ciclicitate lunară. Se produce o stimulare a secreției ciclice de estradiol care, la rândul său, stimulează dezvoltarea țesuturilor țintă. Marker-ul maturității sexuale este apariția feed-back-ului estrogenic pozitiv. Acest feed-back pozitiv se referă la capacitatea hormonilor feminini de a stimula creșterea de tip matur de la nivelul mijlocului ciclului a gonadotropilor hipofizari. Mecanismul implică un pattern critic a estrogenilor plasmatici care va determina SNC (hipotalamusul) să crească amplitudinea pulsurilor GnRH și hipofiza să crească răspunsul său la GnRH.

Progesteronul are efect sinergic cu ambele aceste

Scanned with OKEN Scanner

acțiuni ale estrogenilor. Se ajunge la ciclul hormonal de tip matur cunoscut.

Faza foliculară a ciclului menstrual recapitulează într-un fel pubertatea. Nivelul gonadotropilor și hormonilor sexuali este relativ scăzut în timpul fazei premenstruale a ciclului menstrual. Concentrația sanguină a gonadotropilor, în special a FSH, crește în timpul menstrei. Aceasta induce o secreție de estradiol. Crescând estradiolul, FSH-ul va scădea. Un nivel plasmatic de estradiol de peste 90 pg/ml timp de 3 zile amplifică răspunsul hipofizar al LH față de GnRH. Când estradiolul plasmatic crește la peste 200-300 pg/ml, mecanismul de feed-back pozitiv este în întregime activat și se produce creșterea gonadotropă (pick-ul) de la mijlocul ciclului. Un nivel progesteronic de 100 ng/dl facilitează pick-ul LH și determină o ușoară creștere a FSH. Se produce ovulația. La ovulație, valorile estradiolului scad. Începe să se formeze corpus luteum. Valorile progesteronului plasmatic cresc treptat, urmate de creșterea valorilor estradiolului și 17-OH-progesteronului. Progesteronul stimulează modificările secretorii ale endometrului, cu o creștere concomitentă a fluxului sanguin arterial. În absența creșterii secreției de HCG, în lipsa sarcinii, durata de viață a corpus luteum este terminată, iar producerea de progesteron și estradiol scade. Concomitent, FSH-ul începe să crească, iar endometrul se elimină, inducând fluxul menstrual. Se inițiază un nou ciclu.

În concluzie, elementul esențial al inițierii pubertății este maturarea centrilor SNC care reduc restricțiile neurale asupra generării pulsurilor hipotalamice de GnRH. Tractusurile inhibitorii majore par a trece prin hipotalamusul posterior, iar cele stimulatorii prin hipotalamusul anterior.

Înaintea activării pubertății de către SNC, este necesară dobândirea unui oarecare grad de maturitate

Scanned with OKEN Scanner

generală a organismului. Schimbările pubertare se produc la anumite vârste cronologice, sau, mai precis, la anumite vârste osoase. De exemplu, vârsta osoasă de 11 ani corespunde mai bine cu începutul dezvoltării mamare și vârsta osoasă de 13 ani cu începutul menstrelor, decât vârstele cronologice respective.

Nivelul maturării pubertare este, de asemenea, strâns legat de masa corporală și de statusul nutrițional. Acești parametri sunt, de asemenea importanți pentru menținerea ciclului reproductiv.

Printre factorii implicați în reglarea eliberării GnRH de la nivelul hipotalamic sunt menționați: opioizii endogeni, prolactina, CRH. Opioizii inhibă eliberarea pulsatilă a LH și pick-ul LH. Prolactina are efect bifazic asupra funcției ovariene: stimulează la valori scăzute și inhibă la valori crescute. CRH inhibă eliberarea gonadotropilor.

Pubertatea la băieți

Majoritatea aspectelor endocrinologiei pubertății sunt similare la cele două sexe.

Există, totuși, câteva elemente caracteristice la băiat. LH-ul și FSH sunt eliberați în circulația sistemică ca răspuns la stimularea hipotalamică prin GnRH. LH-ul stimulează secreția celulelor Leydig și producerea de testosteron. Acesta exercită un efect feed-back asupra secreției LH.

FSH-ul are un efect slab la băiat până în momentul spermarhei (înceeputul maturării spermatozoizilor), moment în care stimulează celulele Sertoli, pentru a suporta dezvoltarea spematozoizilor.

Testosteronul este primul steroid sexual produs de testiculul fetal și postnatal. Ceilalți produși mai puțin importanți sunt DHT (dehidrotestosteronul) și estradiol-ul.

Scanned with OKEN Scanner

LH și HCG pot stimula producerea de testosteron fetal din săptămâna a 12-a de gestație. Se pare, deci, că producerea de testosteron este dependentă de LH în faza de creștere a penisului, dar este LH independentă în faza de diferențiere penilă.

Testosteronul are efect direct pe ductele wolffiene interne și multe alte structuri ale organismului, în timp ce virilizarea organelor genitale externe și dezvoltarea uretrei penile și prostatei sunt mediate de DHT, produs sub influența 5-alfa-reductazei în unele celule ale ariei genitale. Acțiunea este mediată de receptori specifici. Testosteronul pate fi metabolizat în DHT, sau transformat în estradiol prin intermediul unei aromatoze.

Testicului (ca și ovarele) produc la nivelul tubilor seminiferi (celulele Sertoli) inhibină, cu rol în controlul feed-back al FSH. Factorul antimulerian (FAM) este produs tot la nivelul tubilor seminiferi, dar se pare că nu are vreun rol în pubertate.

Unitatea hipotalamo-hipofizară este activă din primul trimestru de gestație.

La 20 de săptămâni de gestație, secreția GnRH este maximă și stimulează extrem de activ secreția LH și FSH. La fetusul masculin, testosteronul plasmatic crește de la jumătatea gestației la termen și este responsabil de mărirea penisului înaintea nașterii. În același timp LH este supresat. Odată cu dezvoltarea mecanismului inhibitor al SNC, concentrația gonadotropilor scade.

După naștere există o perioadă de instabilitate a concentrațiilor gonadotropilor, în parte datorită ieșirii de sub influența estrogenilor materni și în parte datorită lipsei de maturitate a mecanismului de control inhibitor al SNC. Din această cauză, concentrațiiile FSH și LH ajung la băiatul între naștere și 6 luni la valori pubertale. În aceste luni de după naștere, secreția de testosteron ajunge la băieți la valori de peste 150 ng/dl. După această perioadă

Scanned with OKEN Scanner

de instabilitate, concentrațiile gonadotropilor și hormonilor sexuali scad până în perioada prepubertară, înaintea începerii dezvoltării caracterelor sexuale secundare. La pubertate se petrece un fenomen invers. Crește secreția de gonadotropi în prezența sau absența gonadelor funcționale.

Abilitatea unor niveluri scăzute de steroizi sexuali de a suprima secreția gonadotropă scade. Același lucru este valabil și pentru opioizii endogeni. Crește concentrația gonadotropilor în timpul somnului datorită creșterii amplitudinilor secreției pulsatile de GnRH la fiecare 60 până la 90 minute. Pe măsură ce pubertatea progresează, peak-ul gonadotropilor, devine mai regulat de-a lungul zilei, până ce nu mai rămân variații diurne. Acest pattern secretor se menține la adult.

Concentrațiile steroizilor gonadali sunt scăzute, dar detectabile în perioada prepubertară. Concentrațiile testosteronului sunt sub 10 ng/dl la băiatul normal. În primele stadii ale pubertății se remarcă o creștere a testosteronului în timpul nopții, concomitent cu creșterea gonadotropilor. Pe măsură ce pubertatea progresează, secreția devine mai regulată, până ce nivelul testosteronului devine identic ziua și noaptea în faza finală a pubertății.

La fete, SHBG crește la pubertate din cauza estrogenilor. La băieți scade datorită androgenilor. În acest fel testosteronul rămâne liber și activ. Această diferență a SHBG, adăugată la valoarea de 20 de ori mai mare a valorilor testosteronului seric la bărbat explică activitatea androgenică serică de 40 de ori mai mare la bărbat față de femeie.

Odată cu creșterea stimulării GnRH crește eliberarea gonadotropilor hipofizari. Răspunsul LH la GnRH exogen poate fi folosit ca test care reflectă statusul pubertar.

Scanned with OKEN Scanner

Creșterea androgenilor adrenoli (adrenarhă) apare independentă de gonadarhă și are un mecanism identic cu cel întâlnit la sexul feminin.

Factori care induc pubertatea

Mecanismele implicate în determinismul pubertății nu sunt complet clarificate. Datele experimentale nu sunt extrapalpabile în totalitate la specia umană. Pe de altă parte, concluziile ce se pot trage din studiul pubertăților patologice la om nu pot reproduce complexitatea fenomenelor fiziologice. Este evident că în timpul copilăriei organismul dispune de un control strict al gonadostatului destinat să-i reprime funcția până în momentul când organismul atinge un anumit nivel de maturare somatică.

Elementele care determină începutul pubertății la un anumit moment ar fi următoarele:

1. *Mecanismul de reprimare dependent de steroizii gonadici sau feed-back-ul negativ.* Sensibilitatea hipotalamusului la steroizii gonadali este foarte mare. Concentrații extrem de reduse ale acestor steroizi sunt capabile să inhibe prin feed-back negativ secreția de GnRH și respectiv gonadotropi. Începutul pubertății ar coincide cu modificarea acestui prag de sensibilitate, în sensul reducerii acesteia. Cantitățile mici de steroizi gonadali devin insuficiente inhibiției feed-back, crește secreția de GnRH și gonadotropi, se stimulează gonadele, cresc cantitățile de hormoni gonadici, se induc fenomenele pubertare.

2. *Mecanismul inhibitor intrinsec al SNC.* Pare independent de cantitatea steroizilor și este principalul mecanism care inhibă declanșarea pubertății înaintea

Scanned with OKEN Scanner

vârstei cronologice normale. Funcționează independent de prezența gonadei. Își exercită acțiunea prin inhibarea centrului hipotalamic generator de pulsuri de GnRH. Implică, probabil, o dominantă la nivelul hipotalamusului, a sistemelor peptidergice cu mediație repetată pentru calitatea de a inhiba secreția GnRH (acidul gamma amino-butiric, peptidele opioide), monoaminele de tipul serotonină și dopamină, precum și peptidele epifizare inhibitorii (melatonina, vasotocina).

Inhibiția exercitată de mecanismul intrinsec se reduce la un moment dat în perioada prepubertară, permițând dezinhibiția centrului hipotalamic generator al pulsurilor de GnRH.

3. *Adrenarha.* Amplificarea funcției suprarenalei în perioada prepubertară constituie o sursă de steroizi capabili să sensibilizeze structrurile implicate în determinisul pubertar.

4. *Modificarea secreției gonadotrope în funcție de somn.* Prepubertar, fluctuațiile LH și FSH în raport cu stările de veghe/somn sunt nesemnificative. Debutul pubertății coincide cu creșterea frecvenței și amplitudinii pulsurilor de GnRH în timpul somnului, cu creșterea LH și apoi a FSH. Sfârșitul pubertății și dobândirea maturității sexuale se traduce prin valori mari ale LH și FSH în toate momentele zilei (așa cum erau în timpul somnului în perioada pubertară).

5. *Creșterea sensibilității gonadei la stimulii gonadotropi prin dezvoltarea de receptori specifici.* Sub influența FSH crește numărul (și receptivitatea) receptorilor LH la nivelul gonadei. În acest fel crește secreția de steroizi gonadici.

Scanned with OKEN Scanner

5. *Modificarea greutății și compoziției corporale, în mod deosebit a cantității țesutului adipos.*

De fapt, toate aceste mecanisme complexe acționează sinergic și explica de ce la specia umană pubertatea și, deci, dobândirea capacității de reproducere, apare târziu, comparativ cu alte mamifere.

Odată cu progresiunea pubertății, mecansimele de control se stabilesc pe alte limite, permițând stabilirea unui model secretor de tip adult a gonadostatului care se corelează cu următoarele fenomene:

- reducerea continuă a eficienței mecanismului inhibitor intrinsec al SNC;
- dobândirea de pulsații ale GnRH de tip adult, la intervale de circa 90 minute, urmate constant de pulsuri ale gonadotropilor;
- dezvoltarea progresivă a caracterelor sexuale secundare;
- debutul spermatogenezei la băieți;
- apariția feed-back-ului pozitiv estrogenic la fete cu inducerea peak-ului preovulator de LH și declanșarea ovulației.

Stadiile pubertare

Dezvoltarea pubertară poate fi delimitată în stadii caracteristice pentru cele două sexe, cu o succesiune fiziologică într-o ordine bine delimitată, cu anumite limite cronologice. La fete se folosesc ca repere de stadializare dezvoltarea glandelor mamare (telarha) și a pilozității pubiene (pubarha), iar la băieți, dezvoltarea organelor genitale și pilozitatea pubiană.

Menarha (prima menstruație) survine între 11-13 ani, contemporan cu stadiul III de dezvoltare pubertară.

Scanned with OKEN Scanner

Stadiile dezvoltării glandelor mamare la fete (se definesc cu indicativ B I-V sau M I-V) (telarha).

Stadiu	Dezvoltarea pubertară	Vârsta (m±DS)	Vârsta medie (limite)
M-I	Stadiu prepubertar. Proemină numai mamelonul		
M-II	Stadiu de mugure mamar în care țesutul mamar și mamelonul formează un mic relief, lărgirea diametrului areolei	10,9±1,2	11,2 9-13
M-III	Creșterea in continuare a mugurelui mamar care formează impreună cu areola un relief de glandă mamară în miniatură	12,2±1,2	12,2 10-14
M-IV	Areola și mamelonul formează un al doilea relief în formă de sticlă de ceas deasupra țesutului mamar care este și mai dezvoltat	13,2±1	13,1 10,8-15,3
M-V	Stadiul matur, areola se retrage în conturul general al gladei mamare	14±1,2	15,3 11,9-18,7

Stadiile dezvoltării pilozității pubiene la fete (pubarha)

Stadiu	Dezvoltarea pubertară	Vârsta (m±DS)	Vârsta medie
P-I	Prepuberal - velus în zona pubiană		
P-II	Fire rare, pigmentate, drepte sau puțin ondulate ce apar la nivelul labiilor mari	10,4±1,2	11,7 9,3-14,1
P-III	Fire mai dese, considerabil mai pigmentate și mai ondulate care se extind spre pubis	12,2±1,2	12,4 10,2-14,6
P-IV	Păr de tip adult, dar care acoperă o arie mai redusă decât la cei mai mulți adulți. Nu există extindere până la nivelul feței interne a coapselor.	13±1,1	13 11-15
P-V	Păr de tip adult ca aspect și distribuție sub aspectul unui triunghi cu baza deasupra pubisului (distribuție feminină tipică).	14±1,2	14,4 12,2-16,7

Scanned with OKEN Scanner

Stadiile dezvoltării organelor genitale la băieți

Stadiu	Dezvoltarea pubertară	Vârsta (m±DS)	Vârsta medie (limite)
G-I	Prepuberal. Scrotul și penisul au aproape aceleași dimensiuni ca și la copil.		
G-II	Mărirea volumului testiculilor care ajung la diametrul de 2 cm. Mărirea scrotului și schimbarea texturii acestuia - devine ușor ridat. Pediculizarea scrotului.	11,2±1,2	11,6 9,5-13,8
G-III	Creșterea penisului mai ale în lungime, dar și în grosime. Creșterea volumului testiculilor al căror diametru depășește 3 cm și a scrotului.	12,9±1,2	12,9 10-14,9
G-IV	Creșterea în continuare a penisului în lungime și grosime, formarea glandului. Testiculii depășesc 4 cm diametrul maxim, iar scrotul crește, se rideză și se pigmentează mai intens.	13,8±1,2	13,8 11,7-15,8
G-V	Aspect genital de tip adult. Diametrul maxim al testiculilor depășește 5 cm.	14,7±1,1	14,9

Variații normale în evoluția pubertății

Unele variante ale derulării elementelor deja menționate nu trebuie să fie considerate patologice, maturarea spre un adult sănătos cu capacitate de procreere putându-se produce fără intervenții terapeutice.

Deși începutul dezvoltării mamare precede obișnuit apariția pilozității pubiene și apariția menstrelor există o considerabilă variație normală în derularea acestor fenomene. Pilozitatea pubiană poate apare înaintea debutului dezvoltării mamare. Explicația ar fi o disociere dintre gonadarhă și adrenarhă. Pubarha prematură (adrenarha) se poate întâlni și la băieți. Menarha poate apare în lunile ce urmează începutului dezvoltării mamare. Fiind totuși un fenomen neobișnuit, se impune o explorare

Scanned with OKEN Scanner

Stadiile dezvoltării pilozității pubiene la băieți (pubarha)

Stadiu	Dezvoltarea pubertară	Vârsta (m±DS)	Vârsta medie (limite)
P-I	Prebubertar (velus pubian).		
P-II	Păr rar, slab pigmentat, drept sau ușor ondulat dispus în special la baza penisului.	12,2±1,5	13,4
P-III	Părul este considerabil mai des, mai ondulat și mai gros și se dispune până la nivelul pubisului.	13,5±1,2	14,4 12-16
P-IV	Păr cu caracter de tip adult, dar extins pe o arie mai restrânsă. Nu ajunge la fața internă a coapselor.	14,2±1,1	15,2 13-17,3
P-V	Păr de tip adult distribuit în triunghi cu baza deasupra pubisului. Se extinde până la fața internă a coapselor, dar nu se extinde deasupra bazei triunghiului spre linia albă.	14,9±1	16
P-VI-VII	Pilozitatea se extinde în sus pe linia albă spre ombilic, luând un aspect rombic.	16-18	

atentă pentru a exclude un status hiperestrogenic patologic. Frecvent se observă, ca variantă normală, un început de dezvoltare mamară unilateral. De obicei, în interval de circa 6 luni și cealaltă gonadă mamară începe să se dezvolte. Și aici este necesară o atentă supraveghere pentru a exclude anizomastiile patologice și amastiile. Există o considerabilă variabilitate în ceea ce privește perioada de timp parcursă la fete până la stabilirea patternului normal "de tip adult" a ciclurilor menstruale. Aproximativ jumătate din ciclurile menstruale sunt ovulatorii în primii doi ani după menarhă. Nestabilirea ciclurilor regulate în primii doi ani după menarhă reprezintă un motiv de investigare medicală atentă.

Tot variante "normale" ale pubertății pot fi considerate ginecomastia pubertară (dezvoltarea glandelor

Scanned with OKEN Scanner

mamare la băieți), excesul și deficitul ponderal pubertar, unele variații generalizate somatice, psihice și psihosociale ale "masculinității" și "feminității", complet diferite de adevărata intersexualitate.

Lucrarea nu face obiectul variantelor patologice ale pubertății, pubertățile precoce și pubertățile întârziate.

Bibliografie selectivă

1. Bergada Cesar — *La puberté et la médecine de l'adolescent.* Annales Nestlé, 1995, 53, pp.95-102.
2. David M. — *Différenciation sexuelle. Croissance-Puberté et leurs troubles.* Endocrinologie. Diabète. Nutrition pour le practicien. J. Tournaire (ed.), 1994, pp.71-78,editura.SIMEPSA PARIS
3. Despert F., I. Oliver-Petit, F. Godde — *Développement oubertaire normal et situations à risque pathologique.* La Revue du Practicien - Médicine Générale, 1989, 69, pp. 75-82.
4. Hazard J., L. Perlemuter — *La puberté.* Endocrinologie - 3-e edition. J. Hazard, L.Perlemuter (ed.), 1990, pp. 447-454, Editura Masson, Paris.
5. Rogol N. Mauras, Haiymond M.W.,Veldhuis J.D. — *Sex steroids, growth hormone insuline - like growth factor - 1: neuroendocrine and metabolic regulation in puberty.* Hormone Research, 1996, 45(1-2),pp.74-80.
6. Rosenfield L. Robert — *Puberty and its Disorders in Gires.* Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 1991, 20, 1,pp.15-41.
7. Styne M. Dennis — *Puberty and its Disorders in Boys.* Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 1991, 20, 1,pp.43-69.
8. Wheeler D. Mark — *Physical Changes of Puberty.* Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 1991, 20, 1, pp.1-14.
9. Zbranca E., Voichița Mogoș, Corina Gălețanu, Carmen Vulpoi — *Endocrinologia clinică - note de curs.* U.M.F. Iași, sub tipar.

Scanned with OKEN Scanner

3

Maladiile sexual-transmisibile la adolescenți în județul Iași în perioada 1994-1996

Zenaida Petrescu[1], Tatiana Constantin[2], Laura Solovăstru[1], C. Dobre[1], Luminița Rotaru[4], Elena Nemțișor[3], Ana Savciuc[3]

1. Clinica de Dermatologie Spitalul "Sf. Spiridon" Iași
2. Policlinica Studenți și Elevi Iași
3. Policlinica nr.1 Iași
4. Policlinica nr.2 Iași

Maladiile sexual-transmisibile (MST) ocupă un loc important în practica dermatologică și în domeniul cercetării. În jur de 24 de agenți patogeni pot fi transmiși pe calea contactului sexual. Persoanele cu risc crescut pentru MST sunt în primul rând cele care au vârsta pentru a desfășura o activitate sexuală maximă în contextul ignorării noțiunilor de bază privind prevenirea transmiterii MST, deci tinerii.

MST sunt în prezent cel mai răspândit grup de boli infecțioase în foarte multe țări, mai ales la grupele de vârstă 15-40 ani dar și la copii. Controlul lor este important, considerând incidența crescută a infecțiilor acute, a complicațiilor și sechelelor, impactul lor socio-economic și rolul lor în transmiterea HIV. Incidența ubicuitară a MST este estimată la aproximativ 250.000.000 de cazuri anual (Quinn).

Asistăm la o creștere lentă și constantă a acestor boli cu 10-15% în fiecare an, în grupele de vârstă prioritare ca impact al MST figurând și grupa de vârstă 15-18 ani: până

Scanned with OKEN Scanner

în prezent, peste 50% din toate cazurile de infecție cu HIV s-au produs la adolescenții și adulții sub 25 de ani. În 1989 de exemplu cel puțin 900.000 de adolescenți au contractat o boală venerică. Cauzele sunt valabile și astăzi (3): modificarea comportamentului sexual; necunoașterea și ignorarea pericolului contractării MST; insuficienta educație sexuală și sanitară; ușoara accesibilitate la medicamente; raporturile libere.

Progresia puternică a incidenței infecțiilor imputabile agenților transmisibili sexual reprezintă unul dintre cele mai serioase eșecuri pe care le-a înregistrat medicina în ultimii 30 de ani. MST sunt hiperendemice în multe țări în curs de dezvoltare. Ele rămân una din cauzele cele mai frecvente de morbiditate din lume: există cel puțin o consultație nouă pentru MST la 100 de persoane pe an în țările industrializate, iar în țările în curs de dezvoltare MST se remarcă printre primele subiecte de consultație (3).

Se consideră în prezent că numărul real al cazurilor MST este de cel puțin patru ori mai mare decât al celor declarate, datorită unei incomplete cuantificări a numărului de consultații la grupele de vârstă 15-46 ani (4). În timp ce incidența veneriilor majore este staționară sau în scădere, asistăm la o creștere a veneriilor minore în majoritatea țărilor (4).

Studiul de față se referă la situația epidemiologică a MST în județul Iași în perioada 1994-1996 la adolescenti.

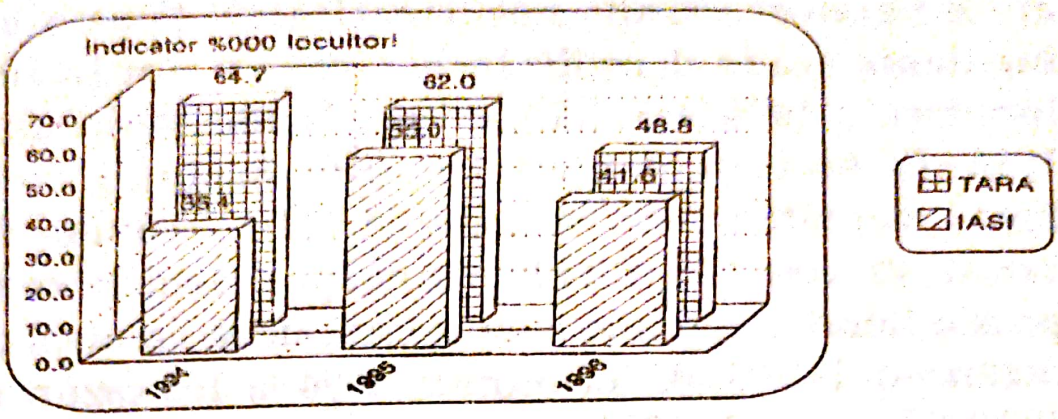
Rezultate și discuții

Analiza retrospectivă realizată în perioada 1994-1996 având drept obiect MST la adolescenți demonstrează: (vezi fig.1).

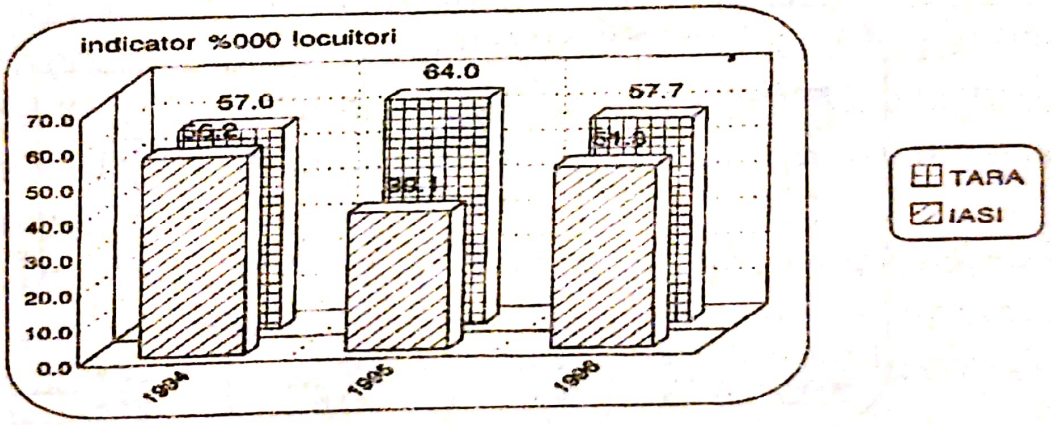
În intervalul studiat, rețeaua de dermatologie Iași a înregistrat în domeniul MST la adolescenți o incidență ascendentă mai accentuată pentru gonoree, de la un nivel

Scanned with OKEN Scanner

EVOLUTIA CAZURILOR DE GONOREE LA ADOLESCENTI IN JUDETUL IASI COMPARATIV CU TARA



EVOLUTIA CAZURILOR DE LUES LA ADOLESCENTI IN PERIOADA 1994 -1996 IN JUDETUL IASI COMPARATIV CU TARA



EVOLUTIA CAZURILOR DE VENERII MINORE LA ADOLESCENTI IN PERIOADA 1994–1996 IN JUDETUL IASI

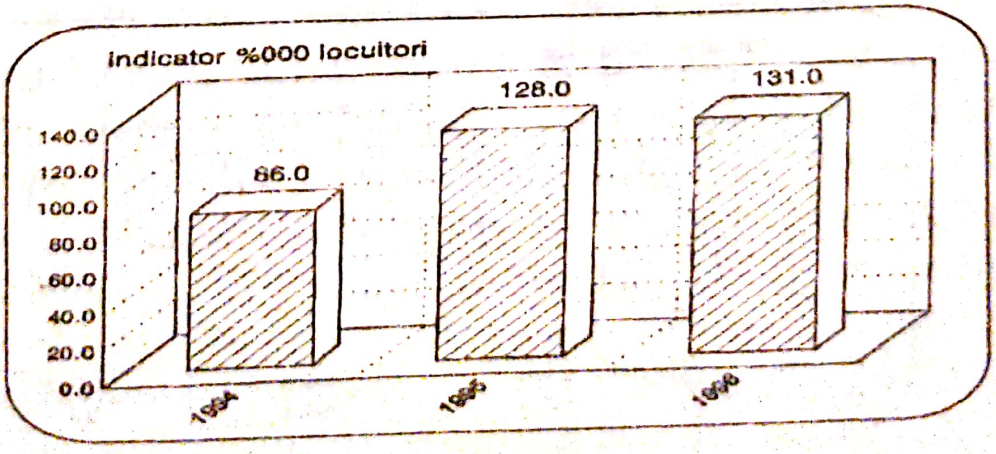
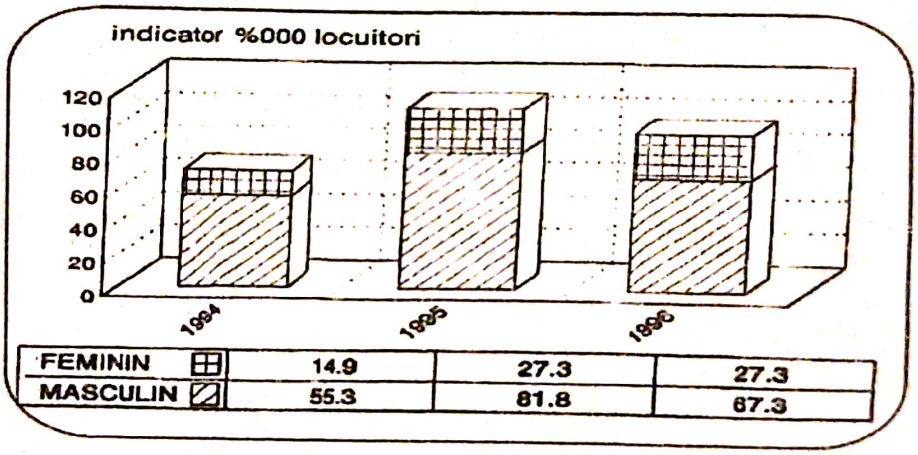


Fig.1 - Evoluția incidenței MST în județul Iași la adolescenți în perioada 1994-1996, comparativ cu țara.

Scanned with OKEN Scanner

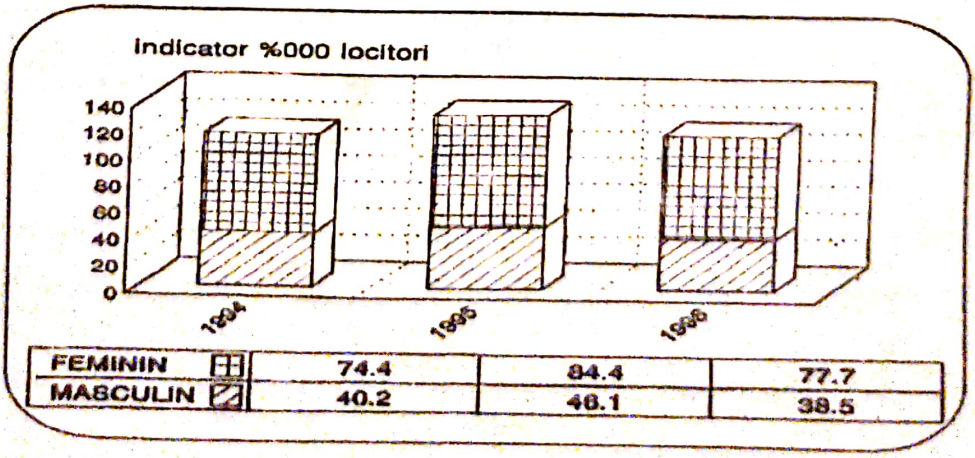
de 35,4 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1994 la 41,6 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1996. Pe țară frecvența cazurilor noi de gonoree scade nesemnificativ. Pentru sifilis incidența scade ușor de la 56,2 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1994 la 51,3 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1996. Pe țară incidența siflisului rămâne în platou. Preponderente rămân cazurile de siflis secundar florid, urmate de cele de sifilis latent și apoi cazurile de sifilis primar florid. Veneriilie minore cresc de la un nivel de 105 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1994 la 160 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1996.

EVOLUTIA CAZURILOR DE GONOREE LA GRUPA DE VIRSTA 15 - 19 ANI IN PERIOADA 1994 - 1996 IN JUDETUL IASI



	1994	1995	1996
FEMININ	14.9	27.3	27.3
MASCULIN	55.3	81.8	67.3

EVOLUTIA CAZURILOR DE SIFILIS LA ADOLESCENTI IN PERIOADA 1994 - 1996 IN TARA PE SEXE



	1994	1995	1996
FEMININ	74.4	94.4	77.7
MASCULIN	40.2	46.1	38.5

Figura 2 - Evoluția incidenței pe sexe a MST în județul Iași, la adolescenți în perioada 1994-1996, comparativ cu țara

Scanned with OKEN Scanner

Dinamica incidenței MST este neschimbată pentru ambele sexe. Se remarcă o supramorbiditate feminină, de la 52 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1994 la 64 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1996 pentru sifilis; de la 14,9 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1994 la 27,3 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1996 pentru gonoree; de la 47 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1994 la 81 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1996 pentru veneriile minore. În țară incidența sifilisului este ușor ascendentă, în timp ce cea a gonoreei este în scădere. La bărbați incidența sifilisului scade de la 62,1 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1994 la 38,5 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1996, iar pentru gonoree incidența crește de la 55,3 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1994 la 67,3 cazuri noi la 100.000 locuitori în 1996. Numărul cazurilor noi de venerii minore la bărbați crește de la 57 la 100.000 locuitori în 1994 la 78 la 100.000 locuitori în 1996. În țară, incidența sifilisului la sexul masculin este în scădere ca și la gonoree.

În raport cu domiciliul se constată o incidență mai importantă a tuturor MST în rândul populației urbane. Pentru mediul rural ritmul de creștere în același interval de timp a fost mai lent decât pentru mediul urban.

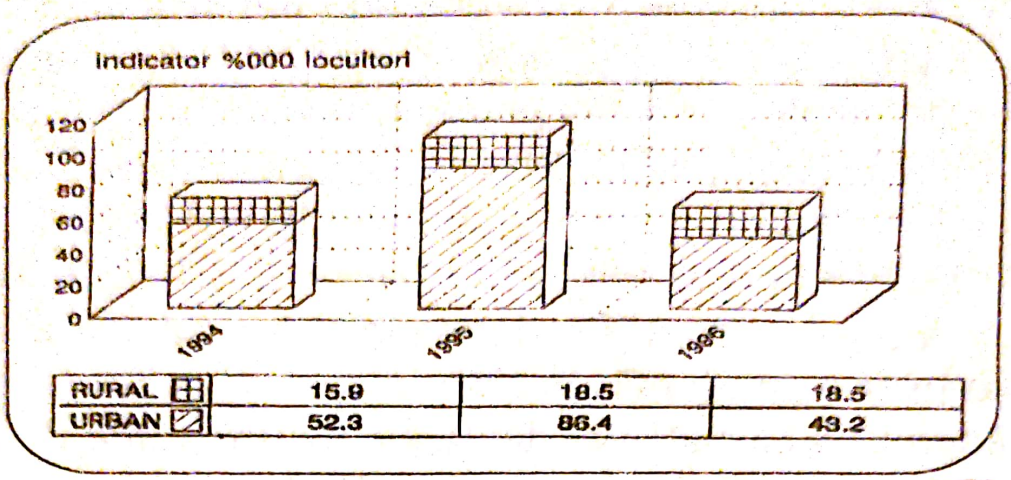
Analiza comparativă a structurii morbidității pe grupe socio-profesionale evidențiază pentru intervalul studiat o creștere progresivă a frecvenței MST la toate categoriile avute în observație: pe primul loc se situează persoanele fără ocupație, urmate de salariați și apoi elevi.

În lume apar 40-50 milioane de cazuri noi de sifilis anual, incidența fiind în scădere în țările civilizate. Morbiditatea rămâne la cote ridicate în țările lumii a treia: 2- 16% din populația activă sexual (5). Adolescenții din grupa de vârstă 15-19 ani ocupă locul al doilea în topul frecvenței sifilisului, după grupa de vârstă 20-24 de ani (Raport OMS, 1991).

Morbiditatea declarată a gonoreei variază în diferite

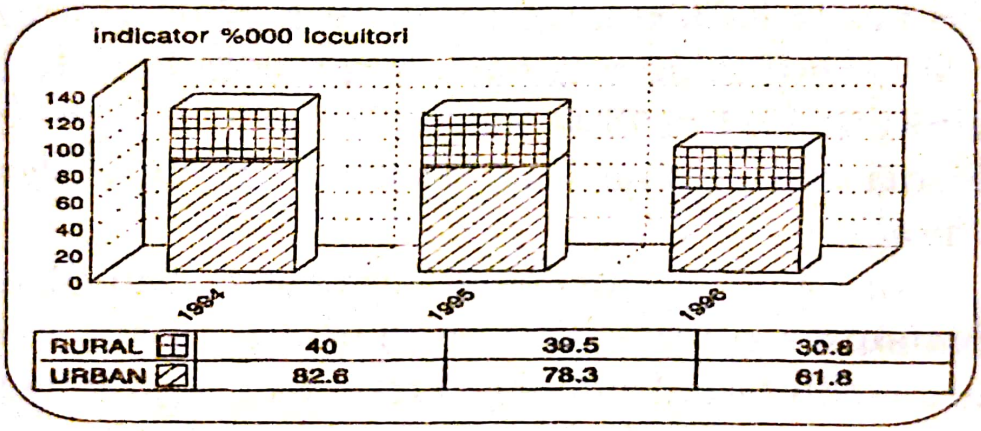
Scanned with OKEN Scanner

EVOLUTIA CAZURILOR DE GONOREE LA ADOLESCENTI IN PERIOADA 1994 1996 IN JUDETUL IASI PE MEDII



RURAL	15.9	18.5	18.5
URBAN	52.3	86.4	43.2

EVOLUTIA CAZURILOR DE GONOREE LA ADOLESCENTI IN PERIOADA 1994 – 1996 IN TARA PE MEDII



RURAL	40	39.5	30.8
URBAN	82.6	78.3	61.8

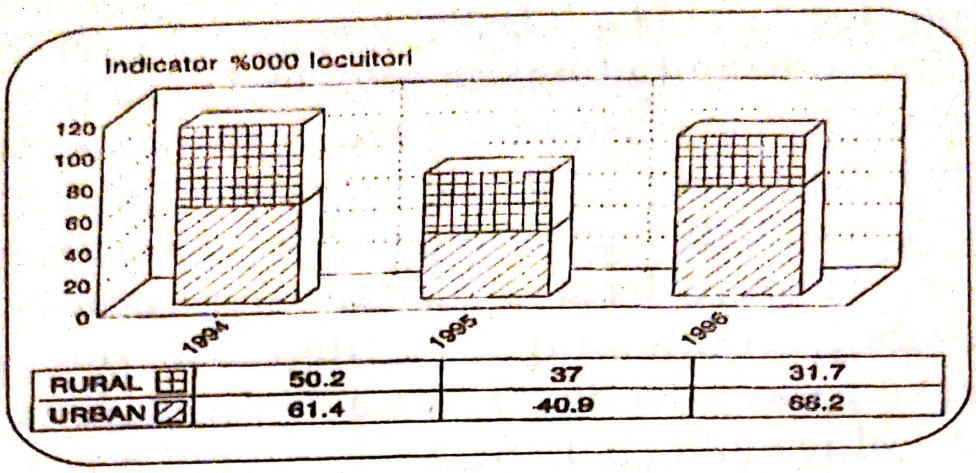
Fig. 3a,b - Evoluția incidenței pe areal geografic a MST în județul Iași, la adolescenți în perioada 1994-1996, comparativ cu țara.

țări între 50-450 cazuri noi la 100.000 de locuitori. Din 1987 incidența scade continuu atât în Europa cât și în SUA, datorită amenințării reprezentate de HIV-SIDA. Se abate de la această tendință Africa unde procentele populației cu gonoree sunt crescute (4). Adolescenții dețin 25-50% din totalul cazurilor de gonoree în SUA și peste 33% din totalul cazurilor în Marea Britanie.

MST minore au o curbă a incidenței continuă ascendentă. Se impun câteva considerații de ordin general pentru o parte din ele. Astfel, în cadrul acestora pe primul

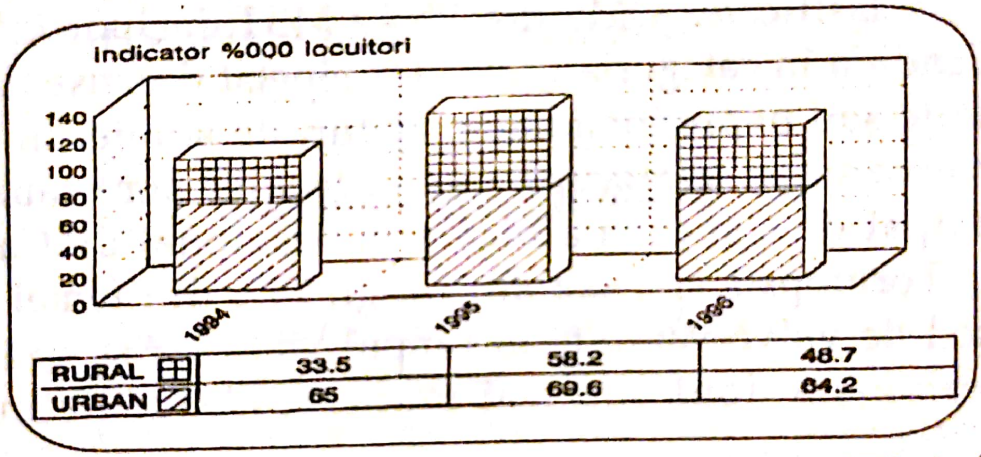
Scanned with OKEN Scanner

EVOLUTIA CAZURILOR DE SIFILIS LA ADOLESCENTI IN PERIOADA 1994–1996 IN JUDETUL IASI PE MEDII



	1994	1995	1996
RURAL	50.2	37	31.7
URBAN	61.4	40.9	68.2

EVOLUTIA CAZURILOR DE SIFILIS LA ADOLESCENTI IN PERIOADA 1994–1997 IN ROMANIA PE MEDII



	1994	1995	1996
RURAL	33.5	58.2	48.7
URBAN	65	69.6	64.2

Fig. 3c,d - Evoluția incidenței pe areal geografic a MST în județul Iași, la adolescenți în perioada 1994-1996, comparativ cu țara.

loc se situează infecțiile uro-genitale nespecifice prin agentul etiologic Chlamidia trachomatis. Fie sub forma secrețiilor sau ulcerațiilor uretrale, vulvo-vaginale și cervicale, morbiditatea declarată a infecțiilor chlamidiene este de 23-55% din cazurile de boală venerică. Infecția herpes-virală înregistrează după o creștere a incidenței până în 1985, un platou al morbidității, probabil datorită utlizării extinse a Acyclovirului pentru a preveni recurențele bolii. Este cert că prin prezența purtătorilor asimptomatici de virus herpetic tip 2, s-a accelerat extensia

Scanned with OKEN Scanner

continuă a infecției herpes-virale în lume (3). Infecția cu papilloma virus uman este similară sub aspect epidemiologic cu cea a infecției herpes-virale, cu excepția faptului că magnitudinea sa este de 3-4 ori mai mare. Întrucât cancerele ano-genitale sunt o consecință majoră a infecției ano-genitale cu papilloma virus uman, aceasta le face mult mai importante din punct de vedere al sănătății publice. În SUA și Marea Britanie afecțiunea ocupă locul al doilea ca frecvență, după uretritele non-gonococice, procentul persoanelor de sex masculin afectate fiind dublu față de cel feminin (2). În SUA adolescenții ocupă un loc secund în topul incidenței după grupa de vârstă 20-24 de ani.

Clasificarea OMS din 1994 a MST, include infecțiile cu Candida în categoria veneriilor repetat descrise dar slab definite sau nepredominante, alături de scabie. În cadrul lor vulvo-vaginitele ocupă primul loc. Ele sunt cauzate în principal de Candida albicans și ocazional de Candida spp., Torulopsis sp., sau alți fungi. 75% din femei au un episod de vulvo-vaginite în timpul vieții lor și 40-45% au experiența a două sau mai multe episoade de infecție micotică.

Concluzii

Cauzele posibile ale profilului morbidității prin MST la adolescenți sunt:

cauze economice: scăderea nivelului de trai cu consecințe în sfera socială;

cauze sociale: migrarea populației tinere, lentă și continuă de la sat la oraș;

cauze comportamentale: creșterea libertinajului și vagabondajului sexual; impactul negativ al pornografiei asupra comportamentului sexual;

cauze educaționale: carențe ale educației sanitare și

Scanned with OKEN Scanner

antiveneriene.

Cazuistica noastră are un număr mai restrâns de cazuri, posibil datorită următoarelor considerente: un comportament sexual mai reținut, conservator în numele unor cutume morale tradiționale; o adresabilitate mai redusă către cabinetul dermato-venerologic; preluarea acestui tip de patologie atât de către cabinetul de dermato-venerelogie cât și de cele de ginecologie și sexologie; larga accesibilitate la medicamente, cu efectuarea tratamentelor antiveneriene din proprie inițiativă; o educație sanitară sexuală și antivenerianã corect percepută și însușită.

Prezența MST la această grupă de vârstă reevaluează optica noastră a dermatologilor privind tratamentul curativ și proflactic al acestor boli.

Bibilografie selectivă

1. CDC. *Sexually Transmitted Diseases Clinical Paractice Guidelines*, 1991
2. CDC. *Technical guidance on HIV counseling*. MMWR 1993
3. CDC. *Summary of Notifiable Diseases* - United States 1993,1994, 42(53)
4. OMS, *La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles*, 1986
5. OMS, *Prise en charge des patients atteints de maladies sexuellement transmissibles*, 1991
6. T.C. Quinn, *Recent Advances in Diagnosis of Sexually Transmitted Diseases*, Sex. Trans. Dis.1994, 21, 2 supp., s19-s27

Scanned with OKEN Scanner

4

Particularitățile Bio-Psiho-Sociale ale Adolescenței

V. Chirița, S. Turliuc, Roxana Chirița, C. Ștefănescu
Universitatea de Medicină și Farmacie Iași
Disciplina de Psihiatrie

Din toate perioadele existențiale ale individului uman, adolescența generează cele mai multe opinii și discutii, fiind astfel un subiect privilegiat și controversat.

În cea mai simplă definire a sa, adolescența, etapa din viața umană ce face trecerea de la copilărie la etapele adulte, constituie un motivat subiect de dispute prin variabilitatea și intensitatea transformărilor ce o caracterizează. Acestea se petrec atât în sfera biosomatică, dar mai ales psihologică, cu un extrem de complex efort de adaptare a individului la caracteristicile exigențelor și diversității structurilor vieții sociale, profesionale, culturale, politice, ideologice, economice, de nivel de trai, de nivel cultural și de conservare a sănătății prin norme elementare de igienă.

Ca proces de legătură adolescența nu este o adaptare cumulativă ci dialectică și tumultoasă, fiind încercată de confruntări, de situații stressante și de forme de interrelaționare foarte diverse. La acestea participă din plin și stările tensionale interioare, confruntările de conștiință, numeroasele structuri și operațiuni de care trebuie să se țină seama în decizii, organizarea și adoptarea de atitudini, de interese și aspirații sociale, cerințele de temperare și modulare a aspirațiilor și intereselor în funcție de situații și condiții, conștientizarea idealurilor și întărirea forței lor de

Scanned with OKEN Scanner

rezistență la situațiile erodante în acest plan.

Adolescența începe ca proces după vârsta de 10 ani, iar prima perioadă de 4 ani a acesteia se numește pubertate sau preadolescență, finalul ei fiind în jurul vârstei de 25 de ani. Întreaga perioadă este legată de instalarea unor schimbări cu efecte vizibile în înfățișare, în comportament și în relaționarea internă cu lume exterioară. Pe acest fond are loc constituirea "sinelui", imaginea și percepția de sine drept componentă a identității care, la rândul său, constituie nucleul personalității.

Atenția și curiozitatea adolescentului depășește limitele de interes dictate de familie și de instituțiile tutelare cu care intră în contact, apărând așa-numita descentrare ce exprimă o intensă aspirație de socializare, de deschidere și depășire a mediului apropiat. Se dezvoltă mult influiența de modelare imitativă între tineri întreținută de dezvoltarea intensă a spiritului de generație. Formele de interdependență dintre copii, numite de intereducație, facilitează contagiuni variate, imitații adesea aberante ce pot să pornească de la elemente de modă, până la aspecte de stil de viață, stil de conduite (inclusiv verbale), stil de structură de aspirații. Aceste tipuri de contagiuni sunt supuse unor ecouri venite adesea din afara grupului, foarte diverse. Acest material de experiență directă și indirectă achiziționată în mod pasiv sau activ devine o importantă materie primă pentru startul de viață socială, de el depinzând întreaga dezvoltare a individului și contribuția sa socială în restul vieții.

Un alt aspect al adolescenței este că personalitatea în această perioadă este axată pe achiziții de roluri dobândite și statute sociale legate de familie, școală și grupurile de tineri. Ceva mai sinuoasă este apropierea prin curiozitate și aspirații de lumea profesiunilor, ce presupune dezvoltări de interese și aspirații (ca investiție psihică), idealuri și expectații, dar și tentative și eforturi de

Scanned with OKEN Scanner

autocunoaștere și autodezvoltare. Apar diverse tentative de autoapreciere a capacităților fizice, mentale și culturale prin experiențe, încercări și comparații cu exemplele aflate la îndemână. Pe acest fond apar autoantrenarea și dorința de perfecționare ca un fel de revers al dorinței de independență pe care se face deseori sesizarea vocației și trăirea intensă a acestui sentiment transpus în reverii, dar și în idealul legat de traiectoria profesională de viață și de ansamblul profesional contribuant social.

Apare astfel așa-numitul "sine social" care definește individul în limitele aspirațiilor și competențelor personale în cadrul social ce-l include. Cunoștințele școlare, presiunea informației prin diverse canale creează cadrul integrării sociale largi în care acționează constituirea identității sociale reale ce dezvoltă simțul apartenenței de familie, apoi de școală, de țară, de caracteristicile și idealurile pe care acestea le zămislește și apără și care devin ale adolescentului prin interiorizare și interanalizare. Se constituie apoi și sentimente de apartenență la timpul istoric, sesizarea a ceea ce este incert, probabil, posibil, sigur. Aderarea la nou, la forma de acțiune și exprimare ce nu au un aer desuet și perimat ci este o expresie a viitorului, contribuie la dezvoltarea sinelui social.

Un alt aspect al adolescenței este cel în care personalitatea reconstruită pe aceste baze noi creează un mai mare joc de libertate interioară a conștiinței prin dialogurile tot mai numeroase, prin diversitatea tematică, momente și întâmplări de viață în care trebuie făcute evaluări, înțelese situații și luate decizii. Este perioada de formare a sentimentelor de responsabilitate și datorie ca expresie a sinelui social care ajung să ocupe primele planuri ale conștiinței.

O altă particularitate a adolescenței este cea a dezvoltării sexuale cu puternice efecte de reflux în toate structurile pe care le influențează imaginația, afectivitatea,

Scanned with OKEN Scanner

interrealțiile de toate felurile încep să cuprindă identitatea sexuală socializată și integrarea ei în sinele corporal.

Conduitele încep să capete amprentele sociale pe care aceasta le admite în acest plan. O altă caracteristică a adolescenței este cea de organizare aproape eruptivă a capacităților creative în foarte multe domenii. Adolescenții reușesc să surprindă prin spontaneitatea reușitelor în anumite domenii în care anterior păreau mediocri.

Prin toate acestea identitatea se află în plin proces de constituire, proces în care se subdivide structura identității în subidentitatea familială, cea social-culturală, cea ocupațională (a capacităților și dexterităților) și în cea axiologică ce cuprinde universul valorilor încorporate ca de apartenență.

Prima, subentitatea familială se află în situație direct critică sub influențele presionante ale subidentității social culturale și axiologice care se află în stare de dilatare. În schimb subidentitatea profesională se află în discretă constituire după 14 ani.

Societatea care constituie substanța nutritivă a dezvoltării personalității și a identității a avut și are caracteristici în plină schimbare și dezvoltare. Altele au fost problemele tineretului la sfârșitul secolului trecut, cele ale tineretului înainte de primul și al 2-lea război mondial și ale tinerilor de dinainte cu 10 ani. Adolescentul zilelor noastre, ca și adolescentul oricăror timpuri are în comun faptul că realizează trecerea de la copilărie la stadiile adulte. Puberul și adolescentul se ciocnesc la fiecare pas de modul în care se impun și se rezolvă spinoasele trebuințe ale omului modern. Aceste situații constituie un context original și complicat al dezvoltării adolescentului care îi și proiectează condiția sa istorică contemporană. Cu cât viața socială este mai complexă, încărcată de probleme de adaptare și situații conflictuale, cu atât se produc mai multe caracteristici tensionale ce constituie reacția normală la

Scanned with OKEN Scanner

evantaiul foarte saturat de evenimente adesea contradictorii și complicate.

Relaxarea tutelei familiale angajată și ea în problemele vieții face ca adeseori adolescentul să fie derutat, handicapat, expus influențelor negative. Acest fenomen a fost pus inițial pe seama revoluției biologice și hormonale specifice trecerii spre perioada adultă. O asemenea optică asupra adolescentului a fost oarecum în opoziție cu teza rousseanistă (a omului bun de la natură) dar debusolat de o educație deficitară sau de o viață dezordonată. În fapt, adolescența se constituie mai mult într-un fenomen social în contextul unui intens puseu dezvoltare biosomatică. Se înțelege astfel că, cu cât ritmul de dezvoltare socială devine mai intens și mai complex, cu atât intervalul de timp al acestei etape de dezvoltare se lungește și se deplasează spre vârstele mici. În același context, tipurile de adolescenți cunosc în zilele noastre o diversificare deosebită, atât tipurile pozitive cât și, într-o oarecare măsură, cele aberante. Starea critică este un simptom. Doar în acest sens pubertatea și adolescența sunt perioade în care se manifestă o stare critică. Ea poate să fie foarte diversă cu exprimări mai eruptive sau mai discrete.

Manifestările de conduite needucate deplin, dizarmonice, imprevizibile, uneori brutale și instabile ale școlarilor mici (6-10 ani) nu pot fi considerate ale unui proces de criză. În schimb, reacțiile de același gen ale tânărului trecut de 12 ani sunt suspectate cu mare severitate incriminate fiind ca metanormale. Diferența de apreciere decurge din modificarea sistemului de înțelegere față de faptul că puberului i se retrage de către adulți cu totul privilegiile și optica îngăduitoare ce și-o exprimă față de copii. Desprinderea de statutul de copil nu este simțită cu oarecare tensiune doar de adolescent ci și de părinți și educatori, obligați și ei să-și schimbe sistemul de comunicare și intercorelare cu adolescenții.

Scanned with OKEN Scanner

Adolescența este perioada în care se pot evidenția unele trăsături particulare de personalitate ce pot constitui dizarmonizări temporare și de fond sau naturale pe care nici programele de educare armonioasă a personalității umane nu reușesc decât în mică măsură să le corecteze.

Aspectele prezentate se constituie într-o puternică motivație pentru a pleda încadrarea adolescenței în rândul evenimentelor puternic răscolitoare și marcante, prin amploarea transformărilor bio-psiho-sociale ce le cuprinde, specifice evoluției social-istorice a individului uman, o etapă generatoare de noi energii și de largi visuri.

Bibliografie

1. A. Braconier, D. Marcelli — *L'adolescence aux mille visages.* Edition Universitaires, Paris, 1988.
2. Ursula Șchiopu, E. Verza — *Adolescență personalitate și limbaj.* Editura Albatros, București, 1989.
3. D. Marcelli, A. Braconier — *Psychopathologie de l'adolescent.* Edition Masson, Paris, 1992.
4. V. Nițulescu — *Adolescența.* Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1985.

Scanned with OKEN Scanner

5

Maternitatea la adolescente

Otilia Casian-Botez, C. Boeru, Ilinca Rădăuceanu, Luminița Burlacu, Dana Cernucan
Spitalul Clinic "Elena Doamna" Iași - Cabinetul de Planificare Familială

Prin implicațiile medicale și sociale graviditatea la adolescente își justifică locul în actualitate, ca problematică.

Lucrarea de față are ca suport analiza unei situații particulare din viața femeii ce combină în același timp două stări fiziologice firești: adolescența și sarcina.

Material și metodă

Studiul a fost efectuat în cadrul Maternității "Elena Doamna" supunând analizei adolescentele care s-au adresat serviciului în vederea asistenței la naștere, contracepției și contragestiei.

Ținând cont de imprecizia definirii adolescenței și de recomandările OMS, am selectat în cadrul lotului de studiu paciente cu vârsta cuprinsă între 14-18 ani, utilizând metoda eșantionului.

Din cazuistica perioadei 1.01.1996-31.12.1996, au îndeplinit condițiile de selecție 283 din care 155 au solicitat și au beneficiat de întreruperea cursului sarcinii iar 127 au fost spitalizate și s-a asigurat asistența la naștere.

Prin metoda retrospectivă analiza lotului studiat s-a făcut în raport cu: vârsta, starea civilă, școlarizarea, domiciliul, practicile sexuale și elemente ce caracterizează

Scanned with OKEN Scanner

vârsta adolescentei.

Pentru pacientele asistate la naștere s-au urmărit elementele caracteristice: vârsta gestațională, maniera de finalizare a nașterii, complicațiile din fiecare perioadă a nașterii, greutatea nou născutului, APGAR .

Rezultate

Incidența sarcinii la adolescente în perioada 1.01.1996-31.12.1996 a fost de 3,08%.

Atitudinea față de sarcină a fost diferită, astfel 55% au solicitat întreruperea cursului sarcinii, iar 45% au menținut sarcina.

Repartizarea pe grupe de vârste în raport cu atitudinea față de sarcină:

	Total					
Vârsta		14	15	16	17	18
Contragestie	155	-	4	11	29	111
Asistența la naștere	127	1	7	17	40	62

Procentul sarcinilor duse la termen a fost în creștere, deși sunt sarcini nedorite, proveniența acestor adolescente fiind mediul rural.

	Total			Școlarizare întreruptă	
Mediul de proveniență		Urban	Rural	NU	DA
Contragestie	155	90	65	96	59
Următoarea naștere	127	17	110	9	118

Impactul informațional privind posibilitățile de contracepție și contragestie este mai crescut în mediul urban, explicând astfel procentul foarte redus de adolescente care au ajuns la finalizarea sarcinii.

Și atitudinea față de școlarizare este diferită, majoritatea adolescentelor care au renunțat la studii

Scanned with OKEN Scanner

provenind din mediul rural.

Se remarcă la lotul studiat câteva caracteristici: devierea spre stânga a vârstei de apariție a Primei Menstruații și scurtarea vârstei ginecologice a primului raport sexual, observând că 96 de adolescente au avut raport sexual la mai puțin de doi ani de la Menarhă.

Vârsta	11	12	13	14	15	16	17	18
Menarha	9	47	92	49	49	19	6	-

		Peste 2 ani	Sub 2 ani
Primul raport sexual	Menarha	187	96

În cazul sarcinilor duse la termen, consultația prenatală a fost deficitară, primul consult făcându-se cel mai devreme după Luna VI, nici o pacientă neputând preciza cu exactitate data U.M. și a P.M.F.

Nașterea s-a declanșat într-un procent de 14% la mai puțin de 37 săptămâni de sarcină iar în 15% din cazuri greutatea la naștere a fost mai mică de 2500gr.

Cele mai frecvente nașteri au decurs pe căi naturale, travaliul declanșându-se spontan. Numai în 6,08% din cazuri s-a intervenit chirurgical, cea mai frecventă indicație a cezarienei fiind disproporția feto-pelvină.

Epiziotomia s-a practicat în 110 cazuri și sistematic la gravidele cu vârsta sub 17 ani. Controlul instrumental a fost necesar în 32 cazuri, impus cel mai frecvent de greutatea sub 2500gr a nou-născutului.

Vârsta gestațională		Greutatea la naștere		APGAR	
sub 37 săpt.	37-40 săpt.	sub 2500 g	peste 2500 g	sub 8	8-10
18	109	19	108	7	127

	Naturală	Cezariană
Tip de naștere	119	8

Scanned with OKEN Scanner

Episiotomie		Controlul cavității uterine		Decolare manuală
DA	NU	DA	NU	
				4
110	17	32	95	

Discuții

Ca urmare a măsurilor demografice din perioada 1967-1989, în prezent numărul femeilor la vârsta procreerii este încă în creștere și în paralel cu acesta și al adolescentelor.

Tinerele sub 18 ani se dezvoltă actual sub influența unei duble transformări, cea caracteristică vârstei având ca finalizare maturitatea (fizic și psihologic) și transformarea socio-economică.

În acest context comportamentul sexual își conturează noi caracteristici: precocitatea primului contact sexual concomitent cu creșterea numărului partenerilor.

Ca factori evolutivi incriminați în asocierea celor două entități Adolescența și Sarcina: liberarizarea avortului, democratizarea metodelor contraceptive, maturizarea fizică precoce, mediul social și mai ales familial mediocru.

Creșterea numărului de sarcini la adolescente și atitudinea față de sarcină este rezultatul acestor influiențe și mai ales a imaturității și labilității psihologice caracteristice acestei vârste.

Peste 50% dintre aceste sarcini, nedorite, neplanificate, ajung la finalizare. Riscul obstetrical la vârsta tânară este cunoscut.

Consecințele psihologice și sociale pentru tinerele mame și nou născuți ramân adesea dramatice. Aceste sarcini nedorite declanșează adesea depresie, anxietate. Organismul adolescentei este în plină creștere, cu un

Scanned with OKEN Scanner

necesar proteic crescut. Într-un mediu socio-economic defavorabil aceste nevoi proteice considerabile sunt insuficent acoperite. În plus ele sunt accentuate de sarcina care in majoritatea cazurilor rămâne nesupravegheată până aproape de naștere.

Regimul carențat în FE, vitamine, proteine, asociat cu intoxicațiile cu alcool, tutun, sunt responsabile de apariția maladiilor carențiale cea mai frecventă fiind anemia hipocromă (18%).

Absența consultațiilor prenatale sau consultația tardivă limitează aprecierea vârstei sarcinii (data ultimei menstruații, a primelor mișcări fetale neputând fi precizate).

Adolescentele nasc de două ori mai devreme (sub 37 săpt.), feți mai mici de 2500 g.

Diferența dintre nou născutul cu greutate mică și prematur este dificilă în absența consultației prenatale.

Întârzierea creșterii intrauterine este invers proporțională cu vârsta adolescentei. Este mai frecventă sub 16 ani și la vârsta ginecologică mai mică de 2 ani.

Vârsta sub 18 ani influentează limitat nașterea.

Prognosticul matern (mortalitatea și morbiditatea) rămâne neagravat comparativ cu prognosticul pentru vârste între 18-35 ani.

Dezvoltarea imperfectă a bazinului și imaturitatea uterină sunt elemente care pot influența prognosticul nașterii. Mai importantă este menarha. Instalată precoce limitează dezvoltarea bazinului care în general ajunge la maturitate după 3 ani de la Prima menstruație. Imaturitatea bazinului este compensată de greutatea nou nascutului (media greutății: 2500-3000). Nu trebuie neglijat că diametrul cranian își menține dimensiunile.

Starea de anxietate, agitația psihică caracterizează adolescenta pe durata travaliului (motivate de durere, absența oricărei informații despre naștere).

Scanned with OKEN Scanner

Durata travaliului (spontan) a fost în medie de 8 ore, tulburările de dinamică fiind corectate frecvent cu ocitocice, analgezice.

Nașterea naturală a fost cea mai frecventă. Operația cezariană a finalizat nașterea în 6,8% cazuri, indice situat între cel de 4,4% aparținând lui COATES și 10,4% declarat de DUENHOELTER, cauza fiind cel mai frecvent disproporția feto-pelvină.

Episiotomia a fost efectuată sub 17 ani cu regularitate. Controlul instrumental al cavității uterine s-a efectuat după nașterea fetilor cu greutate mică.

Caracterul retrospectiv al studiului ne permite să facem aprecieri asupra nou născutului pe perioada spitalizării. Deși descrise în literatură decesele neo-natale la această vârstă au fost foarte reduse.

Scorul APGAR s-a situat frecvent peste 8.

Nu poate fi apreciată evoluția ulterioară a acestor predestinați abandonului.

Concluzii

Sarcina în timpul adolescenței ridică probleme majore în special psihologice și sociale. Această asociere caracterizează un grup particular de adolescente.

- Maturitatea fizică precoce în detrimentul celei psihice
- Condiții sociale și familiale precare (familii dezorganizate, numeroase, lipsite de intimitate și protecție)
- Celibatare sau căsătorite condiționat după apariția sarcinii, rezultând cupluri instabile
- Parteneri ocazionali, frecvent mai mari de 20-25 ani fără sentimentul responsabilității.

Această asociere impune o conduită ce vizează atât perioada de sarcină, naștere cât și pregătirea viitorului

Scanned with OKEN Scanner

adolescentei și a nou născutului.

Supravegherea sarcinii reduce semnificativ complicațiile, depistează afecțiunile caracteristice vârstei (varicela, oreion, viroze, herpes), erorile nutriționale.

Pregătirea pentru naștere se impune a fi multidisciplinară (medic, educator, psiholog) cu abordarea problemelor de psihologie umană, a mecanismului de naștere, contracepției și contragestiei.

Pentru adolescente se impun crearea condițiilor și stimularea pentru continuarea studiilor și educarea ei în vederea evitării recidivei.

Situația nou născutului este afectată el fiind supus abandonului, înfiat de bunici, abandonat și înfiat ulterior.

Se impune în aceste condiții, atât pentru adolescenta-mamă cât și pentru viitorul copil (respinși de familie și de colectivitate), existența unor centre de ocrotire, asigurându-se astfel protecția, educația, de fapt reintegrarea socială.

Scanned with OKEN Scanner

6

Identificarea particularităților de comportament sexual a unor adolescente eleve din București

N. Crișan, D. Nanu, Liana Pleș, D. Lăzărescu,
Mihaela Nanu, Maria Covaciu
Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Clinic "Sf. Ioan",
Maternitatea Bucur, București, I.O.M.C. București

Adolescența, perioada de trecere de la copilărie la viața de adult, este marcată de numeroase modificări anatomo-fiziologice cu rezonanță psihologică. La rândul lor, trăirile psihice din această perioadă, situate la indici afectivi ridicați, pot determina perturbări în sfera anatomo-fiziologică, mergând până la slăbirea capacității de apărare a organismului, facilitând astfel o creștere a riscului instalării diferitelor boli. La rândul lor, modificările anatomo-fiziologice din adolescență, au o rezonanță afectivă exacerbată privind durerea fizică, fapt determinat și în contextul sarcinii și nașterii la adolescente.

Obiectivele studiului constau în determinarea capacității de adaptare la mediu și a rezistenței organismului în corelație cu elementele adaptării psiho-sociale a adolescentelor.

Am propus acest studiu, considerând că împrejurările stresante de moment și condițiile psiho-sociale ale adolescenței sunt factori care influențează riscul la naștere în cazul parturientei adolescente.

Material și metodă. În acest context am aplicat testul Bell adaptat pentru adolescent pe un lot de 95 de adolescente din liceul "Anghel Saligny" incluse într-o arie

Scanned with OKEN Scanner

de vârstă cuprinsă între 15 și 19 ani. Răspunsurile la cele 166 de întrebări sunt grupate în jurul unui număr de 5 indici care vizează:

A. adaptarea la familie
B. adaptarea la starea de sănătate
C. adaptarea socială
D. adaptarea emoțională
E. adaptarea școlară

Concomitent am aplicat un chestionar de scurt metraj care vizează:

- vârsta instalării menstruației;
- anotimpul instalării menstruației;
- momentul începerii sexuale;
- cu cine discută problemele legate de viața sexuală:
  - familie;
  - prieteni;
  - partener;
  - nimeni.

Pentru studiul diferiților parametri anteriori menționați s-au luat în considerație mediana și media aritmetică a răspunsurilor la chestionarul propus.

Rezultatele vizează următoarele aspecte:

1. Capacitatea de adaptare psiho-emoțională a adolescentei pe subetape de vârstă.
2. Oscilația capacității de rezistență fizică și psihică a organismului în funcție de capacitatea lui de adaptare psiho-socială.
3. Influența începerii vieții sexuale asupra capacității de adaptare.
4. Oscilațiile stării de sănătate pe subetape de vârstă și a perceperii acestora de către adolescentă.
5. Încercarea de a stabili momentul cel mai puțin riscant,al începerii vieții sexuale în adolescență.
6. Rolul comunicării raportate la viața erotică asupra capacității de adaptare și stării de sănătate.

Scanned with OKEN Scanner

7. Influența momentului instalării menstruației luând în considerație vârsta cronologică și anotimpul, asupra posibilităților de adaptare.

1. Capacitatea de adaptare a adolescentului pe subetape de vârstă

15 ani

Familia are un rol important în adaptarea psihosocială a adolescentului, fapt relevat de indicele ridicat al medianei A=294. Superioritatea indicilor medianei C=348 și D=333 denotă rolul familiei ca filtru și mediator în procesul de adaptare emoțională și socială cu toată apariția unor perturbări în relațiile adolescentului cu familia.

16 ani

Mediana 454-D evidențiază o creștere rapidă a investițiilor emoționale caracteristică acestei etape de vârstă care se reflectă pe planul adaptării sociale (C=478 în raport cu C=348 la 15 ani). Creșterea impresionantă a numărului de răspunsuri la indicele A=522 în raport cu A=294 la subetapa anterioară, relevă accentuarea dificultăților de relaționare cu familia.

17 ani

Mediana 479-C. Deși numărul de răspunsuri la indicele C în raport cu subetapa anterioară nu este semnificativă (C=479 în raport cu C=473), concentrarea subiecților în jurul indicelui C evidențiază ca factor important, caracteristic, dificultatea întâmpinată în relaționarea socială.

Creșterea sensibilă a răspunsurilor la indicele D (520 în raport cu 454) la 16 ani denotă o creștere semnificativă a investițiilor emoționale.

18 ani

Mediana 436-D. Focalizarea subiecților în jurul

Scanned with OKEN Scanner

indicelui D, care se menține foarte ridicat, denotă faptul că trăirile emoționale ale adolescentelor își mențin caracterul incendiar, devenind o caracteristică de masă. Indicii A, C, D se mențin foarte ridicați (A=479, C=443, D=436), denotând legătura indisolubilă dintre latura afectivă și capacitatea de adaptare la familie în contextul relaționării cu ceilalți.

Dificultățile de adaptare la contextul familial par să primeze și implicit să condiționeze ceilalți doi factori, respectiv C și D, expresie a capacității de adaptare socială și afectivă.

19 ani

În această subetapă de vârstă, aparent are loc scăderea bruscă a răspunsurilor la toți indicii, ceea ce ar putea denota creșterea capacității de adaptare.

Numărul redus de adolescente de 19 ani în raport cu numărul adolescentelor situate la nivelul celorlalte subetape de vârstă ne permit o rezervă în interpretarea acestor rezultate.

Mediana 106-C denotă însă că relaționarea socială este aceea în jurul căreia gravitează ceilalți indici.

2. Oscilațiile capacității de rezistență fizică și psihică a organismului și perceperea stării sale de sănătate în funcție de capacitatea de adaptare psiho-socială

De remarcat este faptul că maximum de răspunsuri, deci mediana B, îl intâlnim la 16 și 18 ani, concomitent cu mediana orientată **spre indicele D** (mediana 524-D și mediana 436-D).

Se poate deduce că la nivelul acestor subetape de vârstă, factorul afectiv este determinant în creerea unui **dezechilibru provizoriu.** Numărul mare de răspunsuri B,

Scanned with OKEN Scanner

remarcat la vârsta de 17 ani, concomitent cu creșterea indicelui medianei C=479, evidențiază mari frământări pe planul relațiilor sociale și cu familia.

Între 16 și 19 ani, dominanta o formează indicii C, D și A care influențează semnificativ gradul de rezistență al organismului la agresiunile din exterior, influențând desigur la rândul lui ceilalți factori confortul sau disconfortul fizic și psihic, factor al cărui rol nu trebuie neglijat în procesul adaptării generale. Indicele D foarte crescut incepând de la 15 la 19 ani, în special între 16 și 19 ani, scoate în evidență rolul factorilor de ordin afectiv în asigurarea stării de sănătate sau în deteriorarea ei.

3. Influența începerii vieții sexuale asupra capacității de adaptare în general

Punctajul 14 privind media aritmetică îl considerăm ca fiind expresia echilibrului, constatând (tabel 2):

- Începând cu vârsta de 16 ani indicii C și D cunosc o creștere vertiginoasă, cu riscul perturbării stării de sănătate (B=15) prin diminuarea potențialului energetic ce se reflectă în diminuarea capacității de adaptare școlară.
- Riscul cel mai mare de perturbare a stării de sănătate îl reprezintă vârsta de 17 ani, când crește starea de surescitare la adolescentele care și-au început viața sexuală.

Aceasta are repercursiuni asupra capacității de adaptare în general, pe fundamentul unor noi investiții afective, cu repercursiuni asupra capacității de adaptare la familie și în contextul relaționării sociale.

- Vârsta de 19 ani este vârsta maximei efervescențe pe planul adaptării psiho-sociale fiind probabil în general anul de răscruce, când adolescenta se desprinde de tutelă dar și de protecția părintească în parte, trecând spre viața de adult.

Scanned with OKEN Scanner

În perioada 15-19 ani se produc, după cum a reieșit din datele prezentate, mari perturbări în sfera anatomo-fiziologică și psihologică ce influențează capacitatea de adaptare în ansamblul ei. Toate acestea duc la creșterea gradului de vulnerabilitate a organismului reducându-i capacitatea de rezistență. Începerea vieții sexuale pe acest fundal nu atenuează, ba chiar accentuează stresul cu repercursiuni asupra stării de sănătate. Edificatoare în acest sens este subetapa 17 ani care se remarcă printr-o creștere sensibilă a punctajului la nivelul fiecărui indice în special al indicelui B de la 12 la 16. Din punct de vedere psihologic și psiho-social apreciem că până la vârsta de 19 ani nu este indicată începerea vieții sexuale, find o arie de vârstă de mari frământări în sfera anatomo-fiziologică și psihologică și implicit pe planul relaționării sociale la toate nivelele.

4. Comunicarea raportată la viața sexuală și influența sa asupra capacității de adaptare și a stării de sănătate a adolescentului

La toate vârstele, și mai ales la cea de 17 ani, comunicarea cu familia și prietenii, joacă un rol deosebit de important și în adaptarea psiho-socială a adolescentelor. În prezentul studiu, oscilația medianei spre C sau D denotă că latura afectivă joacă rolul esențial privind relaționarea socială la toate nivelele. În același timp dificultățile de relaționare socială pot determina un dezechilibru pe plan afectiv, realizându-se astfel un cerc vicios.

Într-o situație deosebită se află adolescentele care nu comunică problemele intime cu nimeni. Acestea se afirmă cu cele mai mari dificultăți de adaptare pe toate planurile, inclusiv pe cel al vieții sexuale. De ramarcat este faptul că, în aceste cazuri, indicele A este foarte crescut, fapt ce denotă că familia este aceea care nu a găsit o punte de comunicare benefică în problema vieții sexuale cu

Scanned with OKEN Scanner

adolescenta.

Dintre adolescentele care și-au început viața sexuală, acelea care nu discută cu nimeni această problemă par să aibă o stare de sănătate mai vulnerabilă, indicele B fiind foarte apropiat de ceilalți indici.

5. Influența momentului instalării menstruației (vârsta cronologică și anotimp) privind posibilităților de adaptare ale adolescenților

Rezultatele obținute în prezentul studiu nu permit stabilirea unei legături directe între vârsta instalării menstruației și echilibrul psihic și psiho-fiziologic al adolescentei, în sensul adaptării psihosociale.

Se poate aprecia faptul că adolescentele la care menstruația s-a instalat vara și toamna au o mai mare capacitate de adaptare psiho-socială. Aceasta s-ar putea explica prin faptul că adolescentele incluse în lot sunt eleve de liceu, iar vara este perioada de vacanță, toamna fiind mai odihnite după o perioadă de vacanță, limitându-se astfel situațiile stresante generate de școală.

Putem atenționa părinții să acorde importanță momentului instalării menstruației, astfel încât familia ca filtru al traumelor din exterior, să nu contribuie cu factori stresanți suprapuși.

6. Mediu urban - mediu rural

Mediul de proveniență nu influențează echilibrul bio-psiho-social, atât la adolescentele care și-au început viața sexuală, cât și la cele fără activitate sexuală.

Un fapt ce ar putea justifica această afirmație îl constituie existența tendinței de urbanizare a mediului rural făcând ca numărul factorilor stresanți să fie cu mult mai mic.

Scanned with OKEN Scanner

Pe de altă parte, adolescentele incluse în lotul nostru urmează cursul unui liceu în mediul urban.

Constatările anterior menționate sunt făcute sub rezerva lotului de studiu restrâns ceea ce nu permite generalizarea datelor.

Concluzii

1. Etapa de vârstă 15-19 ani este o perioadă de luptă aprigă între loturi contradictorii pe plan psihologic. Confruntarea cu viața creează mari probleme de adaptare pe fondul disconfortului fizic determinat de specificul modificării anatomo-fziologice raportat la această etapă de vârstă. Acum adolescenta se află în plin proces de maturizare psihică și fizică. Aceasta atrage după sine o aprigă luptă interioară cu sine și exterioară în confruntarea cu ceilalți.

2. Momentul instalării menstruației pare să constituie un factor important ce necesită în limitele posibilului atenuarea situațiilor stresante deoarece pe acest fond ele pot avea o rezonanță deosebită chiar și în perspectivă atât pe plan fiziologic și psihologic.

3. Începerea vieții sexuale în această etapă de vârstă nu rezolvă problemele conflictuale ale adolescentei. Mai mult decât atât ea poate determina accentuarea dificultăților de adaptare.

4. Comunicarea cu familia și anturajul de prieteni are o importanță deosebită în integrarea psiho-socială a adolescentei.

5. Începerea vieții sexuale la vârsta de 16 ani determină un consum excesiv de energie cu repercursiuni asupra adaptării școlare în primul rând, atât în sensul distragerii atenției în virtutea dominantei sexuale cât și prin diminuarea tonusului psihic.

6. La 17-18-19 ani se remarcă la adolescentele care

Scanned with OKEN Scanner

și-au început viața sexuală un dezechilibru afectiv marcat prin trăiri afective exacerbate în tot contextul relațional.

7. Alternarea medianei între C și D scoate în evidență lupta acerbă între latura afectivă, investițiile afective și procesul de adaptare socială. Nu putem spune că primează în mod constant una dintre ele, se condiționează reciproc în spirală;

8. Comunicarea adolescentei pe toate planurile cu familia inclusiv pe acela al vieții sexuale în contextul vieții erotice, are un rol deosebit de important. Comunicarea însă trebuie să fie sinceră, deloc tributară unor concepții tradiționale, impregnată de o falsă pudoare;

9. Starea de sănătate este în foarte mare parte determinată de situații stresante, iar recepționarea ei are un rol deosebit de impontant pentru adolescentă.

Rezonanța afectivă a durerii prin consecințele ei este binecunoscută în toate afecțiunile.

Cu atât mai mult nașterea care excelează prin suferință fizică poate fi accentuată de starea de stres, determinat de situațiile din exterior și de structura personalității adolescentei.

10. Se impune, in contextul educației pentru formarea personalității adolescentelor, includerea educației sexuale, componentă a educației pentru viață. Aceasta trebuie să se axeze și pe implicațiile psihologice, depășind sfera explicațiilor ce vizează doar furnizarea unor informații tehnice, de igienă corporală și măsuri contraceptive.

11. Începerea vieții sexuale la 17 ani, din punct de vedere al dezvoltării, se pare că nu implică un risc crescut, ea poate avea în schimb repereursiuni negative asupra capacității de adaptare psiho-socială a adolescentei, influențând chiar starea de sănătate prin diminuarea capacității de rezistență a organismului.

Scanned with OKEN Scanner

7

Curs de sexologie

E. Zbranca, Voichița Mogoș, Carmen Vulpoiu

Disciplina Endocrinologie
Universitatea de Medicină și Farmacie
"Gr.T.Popa" Iași

Sexualitatea, componentă fundametală a comportamentului uman, comportă trei funcții: aceea de reproducere care implică funcția normală a organelor sexuale, funcția erotică și pe cea relațională, care se exercită în concordanță cu normele impuse de contextul social în care se dezvoltă individul.

OMS a definit în 1974 conceptul de sănătate sexuală în cadrul unui seminar internațional asupra învățământului și terapeuticilor sexuale și a stabilit dreptul universal, inalienabil, al individului de a se bucura de starea de sănătate sexuală. Acest drept legitim nu poate fi exercitat întotdeauna numai în virtutea determinanților săi biologici și sociali, ci poate impune la un moment dat intervenția activă a unor practicieni avizați care să ajute individul să-și cunoască și să-și valorizeze plenar sexualitatea.

Practica a demonstrat fără echivoc faptul că, independent de integritatea sa biologică, de existența unei sănătăți mintale și de devenirea sa socială, individul nu se simte desăvîrșit pe plan intim decât dacă poate beneficia de o funcție sexuală normală, în limitele normelor impuse de contextul social-istoric în care evoluează.

Dificultățile apărute în viața sexuală, chiar dacă uneori sunt numai false probleme, pot crea un sentiment de frustrare care impietează asupra întregii personalități a

Scanned with OKEN Scanner

individului.

Atare dificultăți sunt amplificate în societatea contemporană în care problemele de sexualitate sunt în permanență în atenția mediilor de informare, datorită unor profunde mutații în ierarhia valorilor morale și sociale. Prezentarea din ce în ce mai explicită a unei sexualități uneori debordante, "dreptul la orgasm" reclamat cu obstinație de unele femei, mediatizarea posibilităților de investigare și terapie a tulburărilor sexuale prin practici medicale sau non-convenționale, fac uneori chiar pe subiecții aparent fără probleme să se întrebe dacă "funcționează" sexual în conformitate cu standardele unei sexualități normale.

Este evident în prezent că devenirea sexuală este un continuum între perioada prenatală și cea postnatală în care copilăria nu este o perioadă inertă, ci reprezintă o etapă esențială în care se achiziționează informații și un repertoriu comportamental definitoriu pentru capacitatea individului de a funcționa normal sub aspect sexual în viața adultă.

Maturizarea mai rapidă sub aspect sexual, caracteristică ultimelor decenii, confruntă familia și societatea cu noi standarde ale sexualității tinerilor și cu necesitatea unor informații pertinente în legătură cu dezvoltarea psiho-sexuală.

Ca adult, subiectul care evoluează într-o societate dominată de abundență, frecvent degrevat de obligațiile unei munci istovitoare pentru a-și satisface nevoile existențiale, dispune de un capital de timp sporit pentru sine și pentru familia sa și de posibilitatea de a-și trăi cu intensitate sexualitatea.

Disocierea componentei reproductive a sexualității de cea erotică, de bucuria contactului interpersonal, prin dezvoltarea metodelor moderne de contracepție a crescut rolul sexualității ca modalitate de obținere exclusivă a

Scanned with OKEN Scanner

satisfacției în viața individului.

Liberalizarea relativă a atitudinilor sociale și religioase în raport cu sexualitatea oferă individului noi posibilități de explorare a posibilităților sale sexuale.

În mod evident sexualitatea joacă în prezent un rol mai important în existența individului și a sistemului său relațional, iar problemele sexuale sunt percepute mai acut.

Din acest motiv, este justificată și salutară existența unor specialități care prin prisma unei formații specifice să poată asista subiecții cu probleme sexuale, în contextul relațional, social, psihologic, moral în care aceștia sunt inserați. O atare specializare evoluează mult dincolo de problemele medicale, incluzând o paletă largă de noțiuni de ontogenie a comportamentului sexual, de psihologie generală și sexuală, de sociologie, antropologie culturală, legislație. Mai mult, formația de sexolog impune capacitatea practicianului, obținută prin educație și asiduă informare, de a se detașa de norme, tabu-uri și mituri relativ la sexualitate caracteristice oricărei civilizații, capacitatea de a evita să judece și să culpabilizeze.

Medicul care se implică în probleme de sexologie, trebuie să capete formația necesară și disponibilitatea de a evolua dincolo de aparențe în explorarea unui univers psiho-emoțional dezvăluit reticent de către subiectul cu tulburări sexuale.

Până recent, formația medicală clasică nu includea informații în legătură cu probleme de sexologie, deși în realitate medicul este din ce în ce mai mult confruntat cu atare probleme.

Necesitatea obiectivă a unei pregătiri complexe a practicienilor, confruntați cu situația de a asista subiecți cu probleme sexuale a fost identificată de mult timp în cadrul Universității de Medicină și Farmacie din Iași, unde s-au organizat, începând din anul 1975, pentru prima oară în România, cursuri de sexologie medicală. Inițiativa predării

Scanned with OKEN Scanner

acestor cursuri s-a materializat grație înțelepciunii și înțelegerii manifestate de către rectorul U.M.F. din acea perioadă, prof. dr. Gheorghe Scripcaru.

Inițial, în perioada 1975-1989, cursurile de sexologie au avut un caracter facultativ pentru studenți. Pentru practicienii de medicină generală, endocrinologi, psihiatri, ginecologi, au fost organizate din aceeași perioadă cursuri postuniversitare numite cursuri de "Bio-psiho-patologia reproducerii umane". Zeci de practicieni de diferite specialități au absolvit aceste cursuri, a căror perenitate, apreciată retrospectiv, este justificată prin prisma unei foarte bune audiențe.

In perioada 1990-1995, Sexologia medicală s-a predat drept curs obligatoriu pentru studenții anului V Medicină, împreună cu Endocrinologia.

Din 1995, Sexologia medicală a devenit curs de sine stătător, cu caracter opțional, pentru studenții anului V Medicină. Cursul a fost frecventat de 280 de studenți în anul 1995/96, iar în acest an universitar 1996/97 sunt înscriși la curs 270 de studenți.

Cursul conține noțiuni de sexualitate normală, patologică și de contracepție și este structurat după următoarea programă:

- Sexologia - știință multidisciplinară. Principiile diferențierii sexuale;
- Funcțiile sexualității;
- Determinismul comportamentului sexual: biologic și educațional;
- Anatomia funcțională a organelor genitale. Fiziologia erecției;
- Ciclul de răspuns sexual normal. Ciclul de răspuns sexual în situații particulare;
- Excitația sexuală: reflexă și psihogenă, fanteziile

Scanned with OKEN Scanner

sexuale, zonele erogene, semnificația fiziologică, psihologică și sociologică a orgasmului;
- Activitatea sexuală normală și variantele sale: masturbația, tehnici și poziții coitale, sexualitatea la diferite vârste, sexualitatea premaritală, maritală și extramaritală;
- Tulburările dinamicii sexuale masculine și feminine: determinism, tehnici de explorare, terapie;
- Sexualitatea bolnavilor cu afecțiuni cronice, neoplazii, afecțiuni psihice;
- Deviații sexuale: determinism, manifestări. Homosexualitatea;
- Noțiuni de contracepție: istoric, metode, indicații, contraindicații;
- Contracepția în situații particulare: de urgență, la femei cu diverse afecțiuni;
- Contracepția masculină. Tendințe în contracepție. Contragestia.
- Elemente de bioetică în asistența tulburărilor sexuale și în contracepție și contragestie;
- Conceptul de sănătate sexuală. Dreptul la sfat contraceptiv și sexual. Drepturile clientului care solicită contracepție. Principiile counseling-ului în contracepție și sexualitate.

Pentru aprecierea impactului noțiunilor prezentate asupra auditoriului și pentru ameliorarea permanentă a calității cursului, la sfirșitul cursului din anul 1995/96 o serie de studenți au completat chestionare anonime, vizând necesitatea unui asemenea curs, tematica, modul de prezentare. Din analiza acestor chestionare s-a degajat faptul că noțiunile despre sexualitate și contracepție ar trebui predate din anii inițiali de studii și să se etaleze pe durata unui an pentru a permite afectarea unui timp

Scanned with OKEN Scanner

suficient prezentării de cazuri clinice și mai ales dialogului cu cadrele de predare.

Pornind de la aceste semnale încurajatoare, organizatorii cursului își propun amendarea condițiilor de predare și completarea cursului cu noțiuni de demografie, drept, artă și sexualitate.

Scanned with OKEN Scanner

8

Caracteristici ale comportamentului de cuplu

(din experienţa Cabinetului de Sfat Premarital Iaşi)

(rezumatul lucrării)

E. Zbranca, V. Mogoş, M. Mancaş, C. Huţanu, V. Urdaru
Disciplina Endocrinologie Universitatea de Medicină şi Farmacie "Gr.T.Popa" Iaşi, Cabinetul de Sfat Premarital Iaşi

Lucrarea prezintă câteva date, atât generale cât şi particulare, ale comportamentului de cuplu. Aceste aspecte psiho-sociale au fost extrase din studiul a 1000 de cupluri prezente în Cabinetul de Sfat Premarital Iasi.

Din primele capitole se poate constata criza psiho-socială a familiei moderne cu implicaţiile sale sociale, economice, psihice, dintre care cele mai importante sunt :

- nivelul scăzut de cunoştinţe în privinţa mijloacelor contraceptive cu rezultate negative asupra stării de sănătate a femeii în particular şi a cuplului în general (numărul mare de avorturi în special în perioada 1989- 1992, sterilitate).
- apariţia numărului mare de şomeri, în special în rândul tinerilor şi implicaţii economice familiale (stare materială precară, lipsa unei siguranţe economice).
- limitarea numărului de copii în cuplu. Din datele statistice se observă că cele mai multe culpuri doresc maximum doi copii, proces ce poate determina îmbătrânirea populaţiei. (ex. în luna iunie s-a înregistrat un spor natural negativ în

Scanned with OKEN Scanner

municipiul Iași).

- începând cu anul 1995 am început activitatea de Consiliere a cuplurilor ce conține: educție sexuală, contraceptivă, probleme medicale, (în echipă interdisciplinară: medic, psiholog , asistent medical), urmând pricipiile necesare acestui proces, menționate în cadrul capitolului II.

Capitolul IV (Concluzii) exprimă concret ideile exprimate anterior bazate pe datele extrase din activitatea Cabinetului de Sfat Premarital Iași urmărind câteva variabile:

- mediul de proveniență;
- ocupația;
- unde va locui cuplul după căsătorie;
- timpul de când se cunosc cei doi parteneri.

Un accent deosebit am pus pe studiul cunoștințelor contraceptive ale cuplului, concluzionând că metodele cele mai des folosite sunt: prezervativul, calendarul, metoda temperaturii bazale și metoda Billings (deci metode naturale).

Se observă o reticență în folosirea pilulei datorită ideilor preconcepute ale partenerei (îngrășare, greață, modificări hormonale).

Cererile legate de operația de vasectomie au fost rezolvate în colaborare cu Spitalul Nr.2 I.C. Parhon - Clinica Urologie.

În sondajele de opinie realizate în proporție de 90% din cupluri consideră necesară și eficientă existenta acestui cabinet, excepție făcând cuplurile cu un nivel intelectual modest și acele cupluri cărora religia nu le permite folosirea metodelor anticonceptionale.

Scanned with OKEN Scanner

9

Nivelul de informație și metode contraceptive utilizate de studente

Voichița Mogoș, Diana Piroiu, Cristina Cristea, E. Zbranca
Disciplina Endocrinologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași

Introducere

După o lungă perioadă de politică demofilă "forțată", populația feminină a României a început să aibă acces neîngrădit la metode de contracepție și contragestie. Acest acces nu reprezintă însă garanția existenței unui autocontrol perfect al funcției reproductive în absența unei permanente activități de informare și prestare de servicii calificate în domeniu.

Într-un studiu din 1995 se nota faptul că după 1989 în România, rata de utilizare a metodelor contraceptive a crescut cu 20%, dar în condițiile utilizării în continuare a unor metode cu eficacitate limitată, a unui nivel educațional modest și a asigurării unei palete sărace de metode utilizabile (Serbănescu 1995).

Acceptabilitatea unei metode contraceptive depinde în principal de nivelul de informare.

Este cunoscut că, odată cu maturizarea sexuală mai rapidă caracteristică ultimelor decenii, se manifestă o tendință accentuată de a se debuta precoce în viața sexuală. Deoarece abstinența nu este o metodă potrivită pentru tineri, singura alternativă rațională este de a le furniza acestora o educație contraceptivă eficientă (Yang 1995).

Scopul studiului a fost investigarea nivelului de

Scanned with OKEN Scanner

informare privind diferitele metode contraceptive la tinere intelectuale care este de presupus că au avut acces la informații în domeniu.

Material și metodă

Au fost investigate pe baza unor chestionare completate în condiții de anonimat, câte 100 de studente de la Universitatea de Medicină și Farmacie (UMF), de la Universitate (U) și de la Universitatea Tehnică (UT).

Chestionarele au cuprins întrebări cu răspuns deschis sau cu răspunsuri multiple vizând următoarele aspecte: studii în curs, vârsta, starea civilă, apartenența religioasă, numărul de copii doriți în viitor, antecedente personale, existența activității sexule, cunoștinte privind consecințele întreruperii voluntare a sarcinii, metode contraceptive cunoscute, metode utilizate și motivația utilizării, surse de informații asupra contracepției care au fost accesibile.

Rezultate și discuții

Lotul a fost omogen sub aspectul vârstei, fiind format din femei între 18 și 30 de ani, aflate deci în perioada de fertilitate maximă.

Din ansamblul lotului, 36% dintre studente erau căsătorite (28 % la UMF, 26% la Universitate și 54% la UT) și 64% erau necăsătorite (72 % la UMF, 74% la U și 46% la UT).

Se pare că Universitatea Tehnică, prin numărul mare de studenți de sex masculin oferă mai multe oportunități maritale studentelor. Ponderea studentelor căsătorite va crește cu vârsta la toate universitățile.

Studentele necăsătorite au declarat că sunt sexual active în proporție de 44,4% la UMF, 55,4% la Universitate și de 50% la UT. S-a identificat o creștere a frecvenței

Scanned with OKEN Scanner

relațiilor sexuale premaritale în raport cu vârsta de la 29,4% la studentele de la UMF de 18-20 ani la 100% la studentele de la UT cu vârsta de peste 28 ani. Aceasta demonstrează că, independent de statusul marital, tendința de a iniția relații sexuale crește cu vârsta, fapt de altfel semnalat (Lugoe 1996).

Afilierea religioasă declarată de studente a fost următoarea:

- religie ortodoxă: UMF -90%, U - 86%, UT - 86 %
- religie catolică: UMF - 7%, U - 7%, UT - 8%
- religie baptistă: U -1%, UT - 2%
- religie musulmană: UMF - 1%
- religie bahai: U - 2%
- fără religie: UMF - 2%, U - 4%, UT - 4%.

Contracepția este acceptată de principiu de către toate studentele atee, de studenta musulmană, de 89,3% dintre studentele ortodoxe, de 31,8% dintre studentele catolice.

Majoritatea studentelor catolice și în particular cele de la UMF, ca și toate studentele baptiste și de religie bahai au declarat contracepția inacceptabilă din punct de vedere religios. Se constată faptul că deși manifestă a atitudine mai conservatoare, unele tinere instruite de religie catolică se declară de acord cu practicarea metodelor contraceptive. La concluzii similare a ajuns un studiu efectuat în Irlanda de Nord în care majoritatea tinerelor catolice s-au declarat de acord cu practicarea contracepției, deși această opțiune contravine esenței religiei creștine în general și în particular dogmelor catolice (Sneddon 1992).

Investigarea opțiunilor asupra dimensiunilor actualei sau viitoarei familii a relevat faptul că majoritatea studentelor optează pentru un număr redus de copii: 1,4% nu doresc copii, 40 % doresc un copil, 40,3 % doresc doi copii, 12% doresc trei copii și numai 6,3% optează pentru mai mult de 3 copii în familie, acestea din urmă fiind

Scanned with OKEN Scanner

afiliate la religii cu orientare prohibitivă față de contracepție.

Necesitatea limitării numărului de copii și întârzierii aparitiei primei sarcini este evidentă mai ales la tinerele dedicate studiilor superioare, preocupate de carieră și devenirea socială înainte de a se dedica maternității.

Majoritatea studentelor intervievate s-au declarat conștiente de riscurile întreruperii voluntare a sarcinii. 94% dintre studentele de la UMF, 91% dintre cele de la Universitate și 92% dintre cele de la Universitatea Tehnică s-au declarat conștiente de aceste riscuri printre care au enumerat infecțiile și infertilitatea secundară.

În dezacord cu cunoștințele declarate, rata de avorturi a fost impresionantă în particular la studentele căsătorite. Au declarat între 1-3 avorturi în antecedente: 39,2% dintre studentele de la UMF, 65,4% dintre cele de la Universitate și 57% dintre studentele de la UT. Studentele necăsătorite au declarat 1-3 avorturi în proporție de 25% pentru cele de la UMF, 28%, pentru cele de la Universitate și 45,9% pentru cele de la UT. Este evident că studentele de la UMF, beneficiază de informații mai corecte asupra contracepției reușind cu mai mult succes să evite drama avorturilor.

Cunoștințele asupra contracepției au fost investigate prin prisma autoevaluării, a desemnării metodelor cunoscute și prin prisma metodelor efectiv utilizate.

Toate studentele căsătorite s-au declarat informate asupra metodelor contraceptive. Dintre studentele necăsătorite dar active sexual s-au declarat informate 90,7% dintre studentele de la UMF, 82,3% dintre cele de la Universitate și 65,3% dintre cele de la UT. Trebuie subliniat faptul că nici situația de femeie necăsătorită și fără activitate sexuală nu presupune absența informațiilor asupra metodelor contraceptive care sunt utile încă de la

Scanned with OKEN Scanner

primul contact sexul. Morris (1992) a relevat că în țările puțin avansate din America Latină 41% dintre femei utilizează o metodă contraceptivă în momentul debutului în activitatea sexuală.

Metodele contraceptive declarate drept cunoscute de către studentele din cele trei Universități sunt prezentate în tabelul nr.1.

Sunt bine cunoscute ca metode de contracepție contraceptivele hormonale de tipul "pilulei" și prezervativul dar aproape ignorate diafragma, pilula "de a doua zi", prezervativul feminin și progestativele injectabile.

Pe ansamblul lotului se constată că studentele de la UMF cunosc cea mai largă paletă de metode contraceptive, iar între studentele din celelalte două loturi nu există diferențe semnificative. Este încurajator faptul că metodele de maximă securitate le sunt aparent familiare majorității studentelor.

Opțiunea pentru o anumită metodă contraceptivă nu reflectă numai cunoașterea metodei ci este rezultatul interferenței dintre factori subiectivi: informații primite din surse neavizate, starea de sănătate individuală, acomodarea cu exigențele utilizării metodei și obiectivi: facilități de procurare și de asigurare a continuității. Elementul principal care determină decizia rămâne nivelul de informare asupra metodelor contraceptive în general care orientează alegerea din paleta largă a posibilităților existente. Din acest motiv am considerat necesară studierea metodelor efectiv utilizate de către studente.

Din cele 204 studente care au declarat că utilizează diferite metode contraceptive, 43,1 % utilizează o singură metodă, iar 56,9 % utilizează diferite metode alternativ.

Metodele utilizate de studentele din cele trei loturi sunt prezentate în tabelul nr. 2.

Scanned with OKEN Scanner

Metode contraceptive cunoscute de studente	Universitatea de Medicină %	Universitate%	Universitatea Tehnică %
Contraceptive orale	100	100	100
Prezervativ	100	100	100
Metoda ritmului	93	90	87
Dispozitive intrauterine	92	92	86
Spermicide	87	87	87
Sterilizarea feminină	74	63	60
Vasectomia	65	59	60
Coit întrerupt	44	32	39
Metoda simptotermală	39	6	5
Diafragma	15	-	-
Pilula de a doua zi	15	4	6
Prezervativ feminin	10	-	-
Progestative injectabile	4	-	-

Tabel nr. I. Metode contraceptive declarate cunoscute de studente

Metodele citate drept cele mai cunoscute sunt și cele mai frecvent utilizate. "Pilula" este metoda cea mai utilizată de studente deși studentele de la UT o folosesc mai puțin decât celelalte.

Prezervativul este utilizat în proporții apropiate de către studentele din cele trei universități. Metoda ritmului este utilizată mai frecvent de către studentele de la Universitate. Acestea utilizează cel mai puțin frecvent metoda nesigură a coitului întrerupt. Progestativele injectabile sunt utilizate numai de studentele de la UMF (8,7 %).

Dintre cele 88 de studente care au declarat că utilizează constant o singură metodă, majoritatea (47% la UMF, 50% la Universitate, 48,4% la UT) folosesc contraceptivele orale combinate, sau prezervativul (34% la UMF, 37,5% la Universitate, 42,4% la UT), dar unele studente utilizează totuși coitul întrerupt ca singură

Scanned with OKEN Scanner

metodă.

Atitudinea față de diferite metode contraceptive diferă în funcție de factori socio-economici și individuali. Kusseling a arătat că numai 33% dintre studentele din SUA investigate utilizau o metodă sigură de contracepție, iar în alte țări în curs de dezvoltare rata utilizării metodelor contraceptive "sigure" nu depășește 13% (Mahmud 1995). Un studiu efectuat în Rusia anilor '80 a relevat că numai 1% dintre femei utilizau pilula, 10% condomul și restul o serie de metode nesigure de tipul dușului vaginal sau coitului întrerupt (Popov 1993)

Comparând datele obținute în acest studiu cu alte raportări, se poate afirma că studentele utilizează în majoritate metode contraceptive sigure sau destul de sigure, inclusiv condomul care asigură protecție față de bolile transmise sexual.

Motivele pentru care studentele au declarat că preferă o anumită metodă sunt: absența efectelor secundare: 85,2%, eficacitatea bună: 32,9%, utilizare facilă: 28,4%, preț convenabil 9,1%. Motivele pentru care studentele au utillizat metode alternative au fost: efecte secundane: 75%, eficacitate nesigură: 37,1%, imposibilitate de procurare continuă: 20,6 %, costul ridicat: 3,4%, alte rațiuni: 1,7%.

Metode contraceptive utilizate de studente	Universitatea de Medicină %	Universitate %	Universitatea Tehnică %
Contraceptive orale	66,6	65,6	54,5
Prezervativ	40	43,2	41,5
Spermicide	8,3	5,9	5,9
Metoda ritmului	16,6	19,4	16,8
Coit întrerupt	3,3	1,49	5,1
Progestative injectabile	6,6	-	-

Tabel 2 - Metode contraceptive utilizate de studente

Scanned with OKEN Scanner

Deși teama de efecte secundare domină opțiunea pentru o anumită metodă și rata de continuitate în utilizare, numai 42 din 126 utilizatoare de pilulă au prezentat efecte minore și 14 din 85 de utilizatoare de condom au prezentat disconfort local.

Teama față de efectele secundare este un fenomen frecvent și grevează în particular utilizarea metodelor contraceptive cu un înalt grad de securitate (Savonius 1995).

Spre deosebire de alte opinii (Cwikel 1994, Young 1994) costul contraceptivelor nu pare să reprezinte un factor important de decizie asupra unei anumite metode contraceptive.

Primele surse de informare privind contracepția pentru studentele investigate, nu au fost medicale. Sursele de informare au fast multiple. Cele mai citate au fost: colegii: 74%, mass-media: 74% profesorii: 21,6%, părinții: 14,3%. Au răspuns afirmativ la întrebarea privind necesitatea introducerii educației contraceptive în adolescență 99% dintre studente. Aceste relatări subliniază rolul important al anturajului în familiarizarea cu ideea contracepței, dar și riscurile legate de vehicularea de către persoane mai puțin informate a unor opinii care grevează asupra acceptabilității diferitelor contraceptive. Dacă informațiile primite prin mass-media pot stimula interesul pentru adoptarea unei metode contraceptive aceste informații nu sunt suficiente pentru asigurarea alegerii metodei optime în raport cu particularitățile fiecărei femei.

Educația contraceptivă trebuie să fie practicată de către specialiști cu formație profesională adecvată capabili să ofere șansa unei opțiuni informate și să rezolve toate problemele care survin în cursul practicării metodei alese.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1. Kusseling F.S., Wenger N.S., Shapiro MF. *Inconsistent contraceptive use among female college students.* J.of America College Heath 1995, v. v.43, nr.2, pp:191-195.

2. Cwikel J., Rosentzweig A., Sofer T., Ben Tal T., Shawartzman P. *Past and prezent contraceptiv behavior in new Soviet imigrant women in Israel.* Public health Review 1994, v.22, nr.1-2, pp 36-46.

3. Lugoe WL., Klepp K.I., Skutle A. *Sexual debut and condom use among secondary school students in Arisha, Tanzania.* AIDS Care,1996 ,v.8, nr.4, pp: 443-452.

4. Mahmud M., Islam M.M. *Adolescent contraceptive use and its determinants in Bangladesh.* Contraception 1995, v.52, nr. 3, pp:181-186.

5. Morris L: *Sexual experience and use of contraception among young adults in Latin America.* MMWR CDR Surveillance Summaries 1992, v. 28, nr. 4 : 27-40.

6. Popov A.A., Visser AP., Ketting E. *Contraception knowledge and practice in Russia during 1990s.* Studies in Family Planning 1993, v. 24, nr. 4,pp: 227-238.

7. Savoaius H., Pakarinen PAN., Sjorden L., Kajanoja P. *Reasons for pregnancy termination: negligence or failure of contraception.* Acta Obstetricia et Ginecologica Scandinavica 1995, v. 74, nr. 10, pp:818-821.

8. Sneddon J., Kremer J.: *Sexual behavior and attitudes of university students in Northern Ireland.* Archives of Sexual Behavior 1992, v.36, nr.3. pp: 295-312.

9. Şerbănescu M., Morris L., Stupp P., Stănescu A. *The impact of policy changing on fertility, abortion and contraception use in Romania.* Studies in Family Planning 1995, v.26, nr.2, pp: 76-84.

10. Yang M. *Adolescent sexuality and its problems.* Annals of the Academy of Singapore 1995, v.24, nr.5, pp:736-740.

11. Young L.K., Farkuhar C.M., Mc Coven L.M., Roberts H.E., Taylor J. *The contraceptive practices of women seeking for termination of pregnancy in an Aukland Clinic.* New Zealand Medical J.,1994, v.107, nr. 978, pp:189-192.

Scanned with OKEN Scanner

10

Dezvoltarea psiho-sexuală postnatală

Voichița Mogoș, Eusebie Zbranca
Disciplina Endocrinologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași .

Dezvoltarea psihosexuală este un proces de lungă durată dependent de factori genetici, hormonali, psiho-afectivi și sociali.

Sexul este o noțiune cu conotație dominant biologică și poate fi definit ca sex cromozomal, gonadal, gonoforic, al organelor genitale externe, neuro-hormonal și neuro-comportamental. Sexul se dezvoltă în virtutea unui determinism biologic, într-o manieră secvențială supusă unor legi imuabile care guvernează lumea animală.

Genul este o noțiune psihologică și socială, definită printr-o paletă de atribute pe care societatea le consideră la un moment dat a fi apanajul feminității sau masculinității. Anumite aspecte ale genului sunt atribute biologice, acceptate în plan social ca definitorii pentru gen: genul cromozomal, al gonadei, genul organelor genitale interne și externe sunt accepate social în urmă observațiilor care releva asocierea acestor aspecte biologice cu feminitatea sau masculinitatea (Bancroft 1989). Alte aspecte ale genului se dezvoltă prin interacțiuni psiho-sociale, prin procese de învățare care modulează primordiile bilologice ale genului edificate prenatal (Mahoney 1983).

Genul masculin sau feminin este atribuit individului la naștere în funcție de aspectul organelor genitale externe. În unele situații de intersexualitate genul

Scanned with OKEN Scanner

poate fi ales arbitrar, fără relație cu determinanții săi biologici, în funcție de prognosticul medical al dezvoltării genitale și psihosexuale optime.

În funcție de imprinting-ul prenatal, de genul conferit la naștere, de mesajele educaționale, individul își va asuma identitatea de gen și rolul de gen, care-i vor permite dezvoltarea unui anumit comportament sexual în contextul social din care face parte.

Etape și principii generale de dezvoltare a comportmentului sexual.

Dezvoltarea psiho-sexuală, văzută prin prisma modelului interacțional presupune dezvoltarea a trei filiere sau direcții esențiale (Bancroft 1989):

1. Dezvoltarea biologică în sens masculin sau feminin și dezvoltarea identității de gen;
2. Responsivitatea sexuală;
3. Capacitatea de a stabili relații afective strânse.

Principalele stadii de dezvoltare psiho-sexuală sunt considerate următoarele (Bancroft 1989):

- prenatal
- copilăria
- adolescența și stadiul de adult tânăr
- căsătoria și dezvoltarea unor relații stabile
- parentalitatea precoce și tardivă
- vârsta medie

În faza prenatală se dezvoltă filiera biologică: structurile anatomice, elementele care guvernează secreția hormonală gonadală și se organizează un primordiu de comportament sexual la nivelul creierului.

În copilărie filera biologică, responsivitatea sexuală și afectivitatea evoluează relativ independent.

În finalul perioadei de copilărie cele trei direcții se apropie progresiv, pentru a evolua concertat în timpul

Scanned with OKEN Scanner

adolescenței și perioadei de adult tânăr.

Principiile generale ale dezvoltării comportamentului sexual au fost emise de către Money (1977). Enumerarea lor este necesară deoarece unele aspecte ale dezvoltării psiho-sexuale sunt dominate de aceste principii.

1. Principiul diferențierii și dezvoltării: dezvoltarea sexuală nu este rezultatul învățării în anumite condiții de mediu, ci rezultatul unui lung proces de dezvoltare și diferențiere.
2. Principiul dezvoltării seecvențiale: la om există o secvență strictă de evenimente care determină dezvoltarea comportamentului sexual: sexul genetic, gonadic, gonoforic, al organelor genitale externe, sexul neuro-hormonal și neuro-comportamental, sexul civil, genul și rolul sexual, dezvoltarea pubertară, răspunsul diferit în raport cu dragostea, curtarea partenerului, căsătoria, parentalitatea.
3. Principiul perioadei critice: acțiunea unui factor într-o anumită perioadă critică duce la dezvoltarea unui anumit comportament.
4. Principiul diferențierii vestigiale sau homologe: ambele sexe pornesc de la un primordiu comun care evoluează către diferențiere sau involuție vestigială.
5. Principiul aditivității în diferențierea masculină: fără androgeni diferențierea se face constant către sexul feminin; trebuie adăugat "ceva" pentru ca să se dezvolte sexul masculin.
6. Principiul disociației, identitatea de gen: în domeniul identității de gen nu se produc fenomene de involuție vestigială ci un anumit comportament nu se manifestă.
7. Principiul identificării și complementarității:

Scanned with OKEN Scanner

identificarea presupune învățarea prin imitație, complementaritatea presupune învățarea unui comportament reciproc față de cel observat. Învățarea prin identificare sau complementaritate presupune existența modelelor, în special a celor parentale.

8. Principiul vulnerabilității masculine: vulnerabilitatea msculină este probabil în relație cu androgenii și se traduce prin tendința particulară de dezvoltare a deviațiilor sexuale la sexul masculin. Unele deviații se manifestă exclusiv la bărbați.
9. Principiul dragostei ca "imprinting": stimulul normal sau patologic care determină dragostea sau excitația sexuală acționează asupra unui sistem preformat, înscris în programul de dezvoltare psiho-sexuală a individului. Acest principiu ar putea constitui o explicație pentru extraordinara stabilitate a preferințelor sexuale la cei mai mulți indivizi.
10. Principiul androgen - libido: androgenii nu controlează direct fenomenele cognitive legate de sexualitate, dar pot accentua intensitatea și frecvența expresiei acestora.

Premisele biologice prenatale ale dezvoltării psiho-sexuale postnatale.

În timpul vieții prenatale, în anumite perioade critice bine definite, se dezvoltă, pornind de la un primordiu nediferențiat, sexul gonadal, al organelor genitale interne și externe, sexul neuro-hormonal și neuro-comportamental, precum și anumite aspecte ale comportamentului general și agresiv. Aceste premize sunt

Scanned with OKEN Scanner

organizate prenatal de către androgenii gonadali la sexul masculin, iar la sexul feminin organizarea se face în absența androgenilor și cu concursul unor anumite cantități de estrogeni (Aron 1988, Money 1979, Schumacher 1987, van Saal 1991). Conform ipotezei "ambitipice" a lui Money (1991), faptul că în timpul vieții prenatale un hormon organizează un anumit comportament sexual nu implică neutralizarea obligatorie a altui comportament sexual, care poate deveni evident ulterior.

Factorii genetici și hormonali acționează concertat prenatal pentru a determina o anumită morfologie sexuală la naștere în funcție de care se stabilește genul copilului și sexul civil și un primordiu de comportament sexual care se va modela educațional.

Dezvoltarea psiho-sexuală postnatală constituie permanent un teren de controverse între adepții determinismului biologic (genetic, hormonal) și cei ai determinsmului social al comportamentului sexual. Nature vs nurture, biologic vs social, educațional va constitui o dilemă care va mai plana mult timp asupra ipotezelor care tind să elucideze dezvoltarea comportamentului sexual.

Procesul de învățare a comportamentului sexual

Principiile și obiectivele învățării în domeniul sexualității

Dezvoltarea psiho-sexuală postnatală implică un lung șir de interacțiuni cu mediul familial și social, de experiențe individuale sau de grup care modelează progresiv primordiul de comportament sexual dezvoltat prenatal. Încorporarea experiențelor rezultate din interacțiuni sociale se face prin procesul de învățare.

Procesul de învățare presupune o multitudine de experiențe asociate, trăite în diferite momente ale existenței

Scanned with OKEN Scanner

și concursul activ al celui care învață.

Elementele rezultate din procesul de învățare sunt ca piesele unui "puzzle". Construcția pe care o va realiza individul pornind de la aceste piese depinde de acesta fiind foarte puțin probabil să se realizeze construcții similare dată fiind variabilitatea de personalitate interindividuală.

Formele și principiile procesului de învățare

Procesul de învățare se derulează în forme cunoscute și pentru alte caracteristici comportamentale (Katchadourian 1975, Money 1977, Mahoney 1983, Bancroft 1989).

Învățarea prin observare și imitație se realizează în cadrul grupului familial sau social din care face parte subiectul. Dezvoltarea unui comportament complementar presupune observarea unui comportament și structurarea progresivă a unui comportament reciproc. Încorporarea unui comportament imitat sau reciproc este facilitată de mesaje de întărire pozitivă primite din mediu sau de necesitatea de a evita dezaprobarea celor din mediu.

O posibilitate este aceea de învățare din experiența altora sau din date mediatizate.

Învățarea operațională permite subiectului să învețe un anumit comportament descoperit întâmplător sau inițial imitat prin interacțiune cu mediul, care oferă individului elemente de întărire pozitivă, facilitatorii sau de întărire negativă, de reprimare. Învățarea operațională se efectuează în cadrul unui anumit grup (familie, peers) sau în relația cu partenerul.

Fetița care este excitată întâmplător prin presiunea coapselor prin atingere cu jucării sau mersul pe bicicletă va învăța foarte repede să-și folosească mâinile pentru a se masturba. Plăcerea obținută va acționa ca factor de întărire pozitivă. Băiatul care se masturbează

Scanned with OKEN Scanner

poate găsi în orgasm elementul de întărire pozitivă, dar anxietatea pe care o va resimți față de actul solitar, va acționa ca factor de întărire negativă. Reprimarea acestei activități prin pedepse puțin severe va determina spațierea dar nu întreruperea practicilor. Pedepsirea severă, poate crea însă probleme serioase. Dacă tatăl este mai indulgent și mama mai autoritară, copilul poate risca și apropierea exagerată față de tată și dezvoltarea de tendințe homosexuale. În adolescență, actul masturbator primește aprobarea grupului de "peers" care acționează ca element de întărire pozitivă.

Învățarea se poate realiza prin experiențe repetate, prin "încercări" al căror rezultat depinde de numărul de încercări și/sau de intensitatea acestora (Mahoney 1983).

Condiționarea clasică în procesul de învățare permite unui stimul nonsexual să devină sexual dacă este asociat constant cu un stimul cu semnificație sexuală.

Principiul generalizării permite ca orice stimul de același gen sau cu caracteristici apropiate cu ale unui stimul sexual să devină la rândul său stimul sexual.

Principiul discriminării reduce câmpul de stimuli sexuali care s-ar putea extinde la infinit prin fenomenul de generalizare. Discriminarea restrânge sfera de interes sexual la o persoană, la un anumit mediu sau la un anumit moment. Discriminarea reduce posibilitatea unui răspuns care ar putea duce la incest sau răspunsuri erotice față de persoane nepotrivite (Katchadourian 1975). Generalizările sau discriminările inadecvate pot sta la baza unor deviații sexuale.

Învățarea ca fenomen social. Obiectivele procesului de învățare. Scenariile sexuale

Învățarea unui comportament sexual este un proces individual care se derulează în interiorul unei anumite culturi comunități, a unui grup și a unei clase sociale.

Scanned with OKEN Scanner

Mediul social conține un set de norme pentru ceea ce poate fi considerat normal în cultura respectivă.

Normele sociale dintr-o anumită cultură se cristalizează în "scenarii sexuale", asemănătoare unor scenarii de film, care se incorporează individului prin învățare (Katchadourian 1975, Mahoney 1983, Theriauld 1994) și reglementează aspecte esențiale ale sexualității:

- ***cu cine*** are loc o activitate sexuală: în culturile occidentale scenariul presupune o persoană de sex opus, eventual de vârstă apropiată.
- ***ce*** este sexual atrăgător: detalii fizice, sărutul, preludiul actului sexual.
- ***când*** are loc o activitate sexuală reprezintă elementul din scenariu care reglementează: vârsta subiectului cu care poate avea loc o activitate sexuală, momentul din zi, etc.
- ***unde*** are loc o activitate sexuală: în culturile occidentale intimitatea este necesară, în culturile primitive intimitatea nu este o condiție.
- ***de ce*** se realizează o activitate sexuală: în funcție de cultură se motivează activitatea sexuală prin dragoste, comunicare, plăcere, alte rațiuni.

Procesul de învățare se derulează în medii și condiții diferite în funcție de vârsta subiectului și grupul social din care face parte, iar "scenariile" nu sunt imuabile ci se schimbă în decursul evoluției social istorice.

În copilărie procesul de învățare are loc în familie, principalele mesaje eficiente pentru învățare provenind de la părinți, frați mai mari sau rude apropiate. Rolul copiilor de aceeași vârstă din anturaj (peers) apare în cadrul jocurilor și este relativ mai puțin important decât al mediului familial.

În adolescență rolul mediului familial diminuă brusc și sensibil adolescentul fiind în mod esențial influențat de membrii grupului de adolescenți din care

Scanned with OKEN Scanner

face parte (peers).

În domeniul sexualității învățarea se poate extinde pe tot parcursul existenței, subiectul fiind confruntat cu noi realități la care trebuie să se adapteze: căsătorie, parentalitate, sexualitate extraconjugală, separare, decesul unuia dintre parteneri (Mahoney 1983).

Achiziții esențiale din timpul dezvoltării psihosexuale postnatale. Identitatea de gen

Identitatea de gen reprezintă sentimentul profund al subiectului că aparține genului masculin sau feminin, că este băiat sau fată, bărbat sau femeie. Identitatea de gen se dezvoltă prin integrarea elementelor biologice, a imprinting-ului prenatal al creierului, a aspectului organelor genitale externe, a altor detalii ale imaginii corporale cu elemente educaționale rezultate din interacțiunea cu mediul. Elementele care rezultă din interacțiunea cu mediul sunt: informații rezultate din compararea detaliilor anatomiei proprii cu cele ale copiilor de aceeași vârstă, a celor mai mari sau chiar a adulților, mesaje primite prin filiera educațională și din comportamentul anturajului: nume, atitudinea părinților, a educatorilor, vestimentație.

Învățarea precoce a diferențelor dintre sexe este încurajată în majoritatea culturilor, care permit copiilor mici să se joace fără îmbrăcăminte, să se observe și chiar să-și exploreze reciproc morfologia. Acest context social încurajează apariția preferințelor heterosexuale, fiecare copil manifestând un interes deosebit pentru sexul pe care nu-l posedă. Codurile culturale furnizează individului detalii suplimentare verbale vestimentare, de rol social sau familial asupra diferențelor dintre sexe, facilitând identificarea cu genul masculin sau feminin (Zwang 1990). După Money (1977) identitatea de gen se dezvoltă între 12-

Scanned with OKEN Scanner

18 luni, iar după Bancroft (1989), între 2 și 4 ani, în funcție de capacitățile cognitive ale copilului. Odată stabilită, identitatea de gen este imuabilă.

Rolul de gen / rolul sexual

Rolul de gen reprezintă întreg repertoriul de acțiuni pe care individul le întreprinde pentru a demonstra că aparține genului masculin sau feminin, că este conform cu ceea ce cultura în care se dezvoltă și societatea în care trăiește definesc drept masculin sau feminin. Rolul de gen se demonstrează prin vestimentație, maniere, preferințe pentru anumite ocupații, se relevă în copilărie prin jocuri, iar în adolescență în cadrul relațiilor interpersonale sociale sau sexuale.

Rolul de gen este asumat în urma unui lung proces de învățare și este cu atât mai stereotip și mai tradițional cu cât subiectul se dezvoltă într-un mediu cu instruire generală mai modestă (Bancroft 1989).

Rolul tradițional al bărbatului și femeii impun acestora anumite imperative de comportament, caracteristice culturii în care evoluează. Perpetuarea rolului tradițional servește probabil și pentru întărirea dominației exercitate de bărbați pe plan social (Bancroft 1989).

Rolul tradițional al bărbatului impune acestuia să ajungă "undeva", să devină "cineva", să fie motivat, orientat, să cucerească poziții avantajoase pe plan social și financiar, să aibă succese prin competență și perseverență. Pe plan sexual rolul tradițional al bărbatului se traduce prin necesitatea de a deține inițiativa sexuală și de a-și conduce întotdeauna partenera la orgasm (Mahoney 1983). Reversul acestei supraevaluări a potențialului masculin pe plan sexual este extraordinara "presiune" exercitată asupra bărbatului de a avea inițiativa și de a controla activitatea sexuală a cuplului. Rezultatul acestei presiuni este

Scanned with OKEN Scanner

dezvoltarea "anxietății de performată", disfuncționalitatea cuplului și tendința de a respinge inițiativa femeii pentru că aceasta ar contraveni rolului tradițional al bărbatului.

Rolul tradițional al femeii implică pasivitate, docilitate, și relevarea unui interes minim sau absența interesului pentru inițiativa sexuală. Consecințele asumării rolurilor tradiționale ale genului nu sunt benefice din perspectiva femeii și a cuplului. Bărbatul învață despre sexualitatea femeii din orice alte surse decât din cea mai autorizată - femeia însăși. Femeia nu poate controla actul sexual și numai rareori poate comunica partenerului care sunt gesturile care-i fac plăcere. Ideea de performanță îl împiedică pe bărbat să se concentreze asupra scopului real al sexualității - plăcerea sa și a partenerei (Mahoney 1983).

Dezvoltarea și relevarea preferințelor sexuale

Noțiunea de preferință sexuală este greu de definit. În sens strict preferința sexuală reprezintă tipul de persoană și/sau activitate sexuală care au cele mai multe șanse de a-i provoca unui subiect interesul sexual și procesul de excitație sexuală (Bancroft 1989).

Preferințele sexuale par să se dezvolte precoce și odată apărute, se caracterizează printr-o extraordinară stabilitate, conferind o amprentă specifică sexualității fiecărui individ. Controversa biologic/educațional (nature/nurture) este prezentă și în domeniul ipotezelor vizând dezvoltarea preferințelor sexuale. Nu este încă stabilit dacă preferințele sexuale dirijează procesul de învățare a comportamentului sexual sau preferințele apar în cursul procesului de învățare ca o consecință a acestuia.

După Money și Perper (cit. Bancroft 1989), preferințele sexuale ar fi înscrise în programul genetic care dirijează dezvoltarea creierului, program care determină dezvoltarea unei scheme implantate în creier, care

Scanned with OKEN Scanner

reprezintă "un limbaj nativ" care impune informații din mediu pentru a se putea dezvolta și manifesta.

Dezvoltarea preferințelor sexuale la băieți începe precoce. Lewis (cit. Bancroft 1989) a remarcat la băieți de 8-10 luni mișcări în raport cu mama care amintesc de cele din actul sexual. În copilărie preferințele sexuale se dezvoltă și se manifestă în cursul jocurilor cu semnificație sexuală și de dominație. În adolescență preferințele sexuale se dezvoltă și se manifestă în grupul de "peers" care poate manifesta o atitudine aprobatoare sau represivă față de anumite preferințe. Tendințele de dezvoltare a unor preferințe anormale sunt mai evidente la sexul masculin confirmând "principiul vulnerabilității masculine" (Money 1977). Dezvolarea preferințelor sexuale la fete pare să fie mai simplă, lipsită de afișarea unor comportamente inadecvate sau care frizează delicvența (voyeurism, exhibiționism), sau de intricarea dintre erotism și raporturi de pûtere sau dominație, așa cum se întâmplă la băieți (Bancroft 1989).

Preferința sexuală definitorie este aceea vizând sexul persoanei de care individul este atras, preferința hetero sau homosexuală. Alte preferințe sexuale comportă un anumit dimorfism dezvoltat probabil prin învățarea unor scenarii sociale. Băieții sunt atrași inițial de detaliile fizice, iar fetele de calitați afective sau sociale: indicatori de clasă socială superioară, succes financiar sau putere. Preferințele nu sunt imuabile și se schimbă în raport cu durata relației și experiențele individuale. Unele preferințe sexuale sunt legate de anumite părți ale corpului (parțialism) sau anumite accesorii vestimentare (fetișism), preferințe care pot deveni atât de puternice încât să primeze asupra subiectului preferat ca întreg.

Preferințele pentru anumite modalități de a obține excitația sexuală sau anumite posturi coitale pot favoriza sau compromite o relație interpersonală (Bancroft 1989). Dezvoltarea preferințelor homosexuale a suscitat

Scanned with OKEN Scanner

permanent interes și a constituit teren de dispute.

Studiile de etologie oferă numeroase exemple de preferințe homosexuale în lumea animală, deși datele obținute pe animale, mai ales aflate în captivitate trebuie extrapolate cu rezerve la comportamentul uman. La primate comportamentul homosexual este favorizat de absența socializării cu grupuri heterosexuale, socializarea cu subiecți de același sex, împingerea masculilor lipsiți de forță în afara grupului heterosexual de către masculii dominanți. În unele situații, acceptarea comportamentului homosexual este o dovadă de supunere față de masculul dominant. În lumea primatelor, homosexualitatea pare să fie mai mult o expresie a raporturilor de dominație și putere decât a erotismului.

Homosexualitatea exclusivă pare să fie apanajul sexualității numai la om.

Printre factorii prenatali care ar determina apariția preferințelor homosexuale se numără cei genetici (homosexualitatea este regăsită la 40-60% dintre gemeni), stress-ul matern în cursul sarcinii (Dorner cit. Aron 1988), anomalii ale metabolismului testosteronului la nivelul creierului (Schumacher 1987). Faptul că studii riguroase au demontat ideea homosexualității ca un "pseudohermafroditism pur cerebral" nu a reușit să determine excluderea determinanților biologici ai homosexualității, care sunt aduși în discuții de observații recente (Gooren 1990).

În timpul dezvoltării psihosexuale din adolescență relevarea preferințelor homosexuale poate fi favorizată de anxietate, "teama de eșec" sau de apariția sentimentului de culpă sexuală "teama de succes", dezvoltată în relație cu nerezolvarea definitivă a complexului Oedip (Katchadourian 1975, Bancroft 1989).

Identitatea sexuală definește sentimentul subiectului că este hetero-, homo-, sau bisexual. Stabilirea identității sexuale este un fenomen complex, desfășurat în

Scanned with OKEN Scanner

etape, uneori către o direcție pe care subiectul nu este pregătit să o accepte, dar care se impune uneori ca o realitate obiectivă, independentă de convingerile morale ale subiectului.

Dezvoltarea identității sexuale parcurge următoarele stadii (Bancroft 1989):

Stadiul de pre-definire, care corespunde copilăriei și subiectul, ca și societatea, nu impun încă o definire a identității sexuale.

Stadiul de autodefinire corespunde adolescenței, când subiectul interpretează experiențele sale sexuale drept hetero-sau homosexuale. Acesta este un stadiu de relativă instabilitate în care subiectul riscă să interpreteze eronat anumite experiențe homosexuale caracteristice adolescenței drept simptome ale unei viitoare identități de gen homosexuale.

Stadiul de definire socială survine uneori, în momentul în care societatea percepe identitatea hetero- sau homosexuală a unui individ, influiențându-i procesul de învățare ulterioară și întărindu-i încadrarea într-o anumită identitate sexuală.

Relația dintre identitatea de gen și identitatea sexuală

Anumite non-conformisme ale identității de gen pot determina particularități ale procesului de învățare și achiziționare a identității sexuale. Insecuritatea față de identitatea de gen, poate determina anxietatea față de lansarea în activitatea heterosexuală și autodefinirea ca homosexual (Mahoney 1989).

Scanned with OKEN Scanner

Relația dintre identitatea sexuală și comportamentul sexual

Dacă identitatea sexuală poate fi hetero-, homo- sau bisexuală, comportamentul sexual are o paletă de expresie mult mai largă, putând evolua de-a lungul scalei Kinsey (cit. Mahoney 1989) între un comportamnet exclusiv heterosexual, ocazional homosexual, bisexual, ocazional heterosexual și unul exclusiv homosexual.

Dezvoltarea psiho-sexuală în copilărie

Chiar dacă axul gonadal nu este operant, copilăria nu este o perioadă inertă sexual ci marchează achiziționarea unor elemente esențiale pentru sexuaiitate.

Prin integrarea datelor individuale, a "imprinting-ului" prenatal, și a informațiilor din mediu, în mica copilărie se realizează stabilirea identității de gen. Procesul de stabilire a identității de gen este facilitat de autoobservație și autoexplorare sau de observarea și explorarea altor copii de același sex sau de sex opus, în particular în contextul jocurilor.

Informațiile la care au acces copiii în relație cu sexualitatea depind de cultura în care se dezvoltă. În culturile occidentale, copilul învață despre sexualitate nu pentru că trebuie să i se furnizeze informații, ci pentru că se presupune că trebuie să fie protejat față de acestea. Gesturile în relație cu organele genitale sunt judecate și reprimate, denumirile reale ale organelor genitale sunt ignorate sau înlocuite, cuvintele cu semnificație sexuală sunt interzise. Această atitudine a adulților crează în timp relația sexual-interzis, murdar, rușinos (Mahoney 1983).

Activitatea sexuală în copilărie se desfășoară pe coordonatele: autoexplorare, masturbație, jocuri cu semnificație sexuală, contacte fizice cu copii de aceeași

Scanned with OKEN Scanner

vârstă, mai mari sau adulți. Ponderea acestor manifestări și variantele activității sexuale se modifică prin înaintarea în vârstă.

Datele asupra sexualității infantile sunt modeste din diferite rațiuni: copiii nu sunt capabili de exprimarea verbală a sentimentelor și senzațiilor, unele manifestări sexuale nu sunt sesizabile sau sunt deliberat ignorate pornindu-se de la premiza inerției sexuale a copilului. Datele retrospective obținute de la subiecți sau din confesiunile pedofililor (anchetă acerb criticată întreprinsă de Kinsey cit. Bancroft 1989) nu sunt uneori acceptate din rațiuni morale.

Autoexplorarea este la început întâmplătoare, rar deliberată și non-discriminantă.

De la 1-3 ani, dacă sunt în intimitate, copiii își explorează sau își exhibă și explorează reciproc organele genitale (Katchadourian 1975).

Masturbația se învață pornind de la plăcerea furnizată de gesturi întâmplătoare: atingerea organelor genitale și evoluează repede către alte metode decât simpla stimulare genitală, implicând frecvent contactul cu diferite obiecte, în particular jucării. Vârsta de la care se observă masturbația este de aproximativ 6-7 luni la băieții și de 10-11 luni la fetițe (Galleson și Rolphe 1974, cit. Bancroft 1989). Inițial masturbația este practicată fără pudoare, ideea de intimitate stabilindu-se în jurul a 4-5 ani. Ulterior datorită interdicțiilor sugerate de mediu, actele masturbatorii nu sunt abadonate ci "trec în clandestinitate" (Zwang 1990). În copilărie masturbația nu are nevoie de fantasme erotice sau de evocarea altei persoane.

Orgasmul poate să fie resimțit de la 4 luni la fete, de la 5 luni la băieți după Katchadourian (1975) și mai evident între 2-5 ani (Zwang 1990). În copilărie plăcerea sexuală este ținută departe de adulți, dar capacitatea de răspuns sexual complet a fost observată chiar la copii foarte mici:

Scanned with OKEN Scanner

erecție, contracții musculare și mișcări ritmice "de împingere", reacție tonico-clonică caracteristică orgasmului asociată uneori cu țipete, urmată de relaxarea specifică. După Kinsey (cit. Katchadourian 1975), jumătate dintre băieți au avut orgasm până la 3-4 ani și probabil toți au avut un orgasm până la 3-4 ani înainte de pubertate. În copilărie băieții ajung mult mai repede la orgasm decât la pubertate sau în viața adultă.

Jocurile sunt un lucru foarte serios pentru copii; chiar dacă puțini adulți sunt dispuși să-și amintească acest lucru. Ele sunt contextul ideal pentru explorare, învățare și contacte interpersonale.

Autoexplorarea și explorarea organelor genitale a altor copii este dominată de egocentrism, exhibarea plină de mândrie a penisului, și nu are scopul generos din adolescență. Relațiile afective sunt exercitate cu adulții, la rândul lor afectuoși și protectori. Jocurile, chiar dacă au puternice valențe sexuale nu au componentă emoțională definită: nu există dragoste, gelozie, conflicte sentimentale. Uneori apar raporturi de putere și dominație în care copiii mai mari pot forța pe cei mai mici la anumite manifestări (exhibarea organelor genitale, manipulare genitală). Cu toate acestea, tabu-ul incestului acționează, copiii care se joacă "de-a căsătoria", nu sunt frați (Zwang 1990).

În timpul jocurilor se pot realiza diferite contacte fizice: atingerea reciprocă a organelor genitale, manipulare reciprocă, tentative coitale. Angajarea în relații poate fi de tip homo- sau heterosexual. Incidența implicării în relații sexuale crește inconstant cu vârsta și manifestă un declin înainte de pubertate în societățile occidentale dar nu și în cele primitive (Bancroft 1989, Mahoney 1983; Katchadourian 1975).

Kinsey a arătat că 10 % dintre băieții de 5 ani și până la 39 % din cei de 12 ani, avuseseră anumite relații hetero- sau homosexuale și că 13 % dintre fetele de până la 5 ani și

Scanned with OKEN Scanner

17 % dintre cele de 13 ani avuseseră relații sexuale, cu predominența celor de tip homosexual.

Elias și Gebhard (cit.Bancroft 1989) studiind un grup de copii cu vârsta între 4 și 14 ani au arătat că fetele declarau masturbație în 30 % din cazuri, relații heterosexuale în 37 % din cazuri, relații homosexuale în 35 % din cazuri iar băieții declarau masturbație, în 56 % din cazuri; relații homosexuale în 52 % și relații heterosexuale în 34 % din cazuri.

Experiențele sexuale inițiale se repetă într-o proporție mică de cazuri (aproximativ 25 % după Katchadourian,1975).

Prin exhibarea organelor genitale și manipularea lor în timpul jocurilor, copiii își dezvoltă comportamentul socio-sexual. Către sfârșitul copilăriei, băieții manifestă tendința de a se agrega în grupuri de același sex, în care se practică masturbatie sau un comportament care-l mimează pe cel al adulților: stimulare genitală reciprocă manuală sau orală, coit interfemural sau tentative de penetrație anală. Angajarea în relații de acest gen este frecventă, dar numai 5 % dintre cei care au atare relații evoluează către homosexualitate. Se pare totuși că, dacă în condiții de promiscuitate sexuală cu acces la coit heterosexual la vârste tinere, predomină manifestările, de tip homosexual, acestea au toate șansele de a se perpetua și în viața adultă. Majortatea homosexualilor recunosc manifestarea preferințelor homosexuale încă din prepubertate (Katchadourian 1975).

Este fascinant felul în care anumite gesturi și acțiuni din timpul jocurilor din copilărie se regăsesc în sexualitatea adultului: dorința de nuditate, lipsa de pudoare, exhibarea organelor genitale; ruperea de lumea plină de responsabilități a adulților se relevă pregnant în timpul actului sexual. Terapia sexuală reactualizează, cu efecte benefice aceste manifestări, punând accentul pe:

Scanned with OKEN Scanner

renuntarea la conflicte (gelozie), egalitatea în relatii, explorarea individuala și reciprocă a organelor genitale, masturbație "didactică" în prezența partenerului (Zwang 1990).

Conceptul lui Freud asupra stadiilor dezvoltării psiho-sexuale în copilărie

Conceptul lui Freud asupra dezvoltării stadiale psiho-sexuale în copilărie s-a bazat pe studii psihanalitice și a reprezentat elementul de bază pentru interpretarea disfuncțiilor sexuale și nevrozelor.

Stadiul oral se derulează în primul an de viață și se caracterizează prin investirea libidinală a cavității orale și a suptului și ingestiei ca sursă de gratificație.

Stadiul anal este perioada următoare, în care copilul descoperă bucuria controlului sfincterelor, a eliminărilor (între 2-3 ani).

În stadiul falic, copilul descoperă prin autoexplorare și observarea celor din jur prezența penisului și respectiv clitorisului și plăcerea care derivă din masturbație. În această perioadă apare atașamentul față de părintele de sex opus și rivalitatea cu părintele de același sex. Atașamentul față de mamă crează băiatului un sentiment de culpă și "teama de castrare" ca pedeapsă pentru sentimentele sale față de mamă, aplicată de tatăl mai puternic și cu care este rival (complexul Oedip). Observația că fetele nu au penis ar întări băiețelului ideea că o atare castrare este posibilă.

Fetele manifestă un atașament sporit față de tată, o rivalitate cu mama (complexul Electra) și complexul generat de lipsa penisului, dublat de "dorința de penis".

Rezolvarea complexului Oedip îi permite subiectului progresiunea către stadiul genital, care marchează maturitatea sexuală. Acest stadiu se traduce la băieți prin capacitatea de a antrena relații heterosexuale și la fete prin investirea libidinală a vaginului și orgasm

Scanned with OKEN Scanner

vaginal.

"Fixarea" subiectului în stadiile pregenitale ale dezvoltării sale psiho-sexuale în condițiile în care sexualitatea nu este reprimată ar determina apariția deviațiilor sexuale, iar în cazul în care pulsiunile anormale rezultate din fixarea pregenitală sunt reprimate, s-ar produce nevrozele.

Lipsa de rezolvare a complexului Oedip, cu persistența "fricii de castrare" ar determina deturnarea interesului sexual al bărbaților de la activitatea heterosexuală generând fie homosexualitate, fie impotență (Katchadourian 1975).

Dezvoltarea psiho-sexuală în adolescență

"Adolescența este o perioadă de criză și vulnerabilitate. Ea comportă o transformare radicală la trei nivele: la nivelul corpului, la nivel familial și la nivelul achiziționării dragostei și sexualității" (Tordjman 1995).

La pubertate hormonii sexuali induc caracterele sexuale secundare și terțiare, stimulează dezvoltarea morfologică și excitabilitatea organelor genitale, activează comportamentul sexual, facilitând expresia unor mecanisme care guvernează comportamentul sexual și care s-au dezvoltat pe tot parcursul ontogenezei și perioadei prepubertare.

Uneori transformările biologice și pulsiunile sexuale apărute la pubertate sunt greu de acceptat, ceea ce antrenează modificări comportamentale: anorexie sau bulimie, apel la droguri, tendințe suicidare (Tordjman 1995).

La băieți creșterea nocturnă a testosteronului se corelează cu inițierea și/sau menținerea masturbației și în general există un paralelism între nivelul impregnării androgenice și ejaculare (Hutchinson 1995) și între concentrația testosteronului liber și interesul sexual (Udry

Scanned with OKEN Scanner

1985).

La fetele pubere comportamentul masturbator se corelează mai mult cu stadiul dezvoltării pubertare decât cu nivelul hormonilor sexuali, iar angajarea într-o relație sexuală poate fi anticipată numai într-o oarecare măsură pe baza nivelului androgenilor liberi circulanți. La fete, elementul predictiv major pentru începutul relațiilor sexuale îl constituie interacțiunea cu alte fete din anturaj care au debutat deja în activitatea sexuală.

Sub aspect psiho-sexual, în adolescență se produc (Theriault 1995, Tordjman 1995):

- ruperea legăturilor, a tutelei parentale;
- investirea afectivă a grupului de prieteni (peers);
- câștigarea definitivă a identității sexuale;
- căutarea obiectului dragostei.

Procesul de învățare în adolescență permite (Mahoney 1983):

- clarificarea principalelor noțiuni despre sexualitate prin înlocuirea noțiunilor complet eronate căpătate în copilărie;
- explorarea și stabilirea relațiilor interpersonale;
- angajarea în relații personale în condițiile abandonării elementelor negative învățate despre sex în copilărie în favoarea experiențelor plăcute.

Desprinderea adolescentului din relația sa simbiotică cu părinții, "individualizarea secundară" este absolut necesară pentru stabilirea identității sale sexuale. Această separare nu este dificilă pentru băieții care au legături parentale mai slabe sau cărora în virtutea "scenariilor sociale" li se acordă mai multă libertate. Fetele trebuie să revendice activ, sau prin pasivitate față de inițiativele parentale, dreptul la ruperea legăturilor parentale, mai ales a celor materne, mama fiind percepută ca principalul element care interzice sau impiedică legăturile afective extrafamiliale (Theriault 1995).

Scanned with OKEN Scanner

Unul dintre paradoxurile dezvoltării psiho-sexuale din adolescență este probabil lupta pentru ruperea legăturilor parentale în condițiile în care "modelul" părintelui de același sex cu adolescentul este absolut necesar dezvoltării normale a acestuia către asumarea condiției și sexualității ca adult. Lipsa unui model adecvat, lipsa fizică și mai ales sentimentul absenței tatălui, sau dominația în familie a mamei, prea atașată de adolescent este incriminată în apariția unor deviații sexuale (Bancroft 1989).

Investirea afectivă a prietenilor se traduce prin afilierea la un grup de astfel de prieteni (peers), care constituie pentru adolescent "grupul de referință" și "grupul de protecție" care-i oferă un nou sistem de valori și atitudini. Inițial afilierea se face la grupuri exclusiviste formate din adolescenți de același sex (agregare homosexuală), apoi la grupuri cu compoziție heterosexuală (Zwang 1990). Grupul reprezintă principala sursă de informare pe care adolescentul o ia în considerație, chiar dacă multe dintre informațiile vehiculate ramân eronate. În grupul de referință, cu care eventual practică masturbația, băiatul învață despre primatul cantității în activitatea sexuală. În grupul lor de referință fetele învață că sexualitatea are valoare mai ales ca relație interpersonală și manifestă o atitudine negativă față de aspectele cantitative ale activității sexuale. Ca rezultat, băieții tind să facă publice "cuceririle sexuale" în vreme ce majoritatea fetelor păstrează o mare discreție asupra acestui aspect (Mahoney 1983).

Grupul de peers reprezintă grupul de protecție, pentru că la acest nivel, adolescentul caută fie aprobare pentru acțiunile sale (băiatul), fie aprobare pentru ceea ce este, afinitate și asemănare de personalitate (fata) (Theriault 1995).

Scanned with OKEN Scanner

În adolescență autoerotismul continuă să fie practicat sau abia se inițiază, având nevoie de un suport imaginar (fantasme sexuale) pentru a se derula. Cu timpul, autoerotismul este abandonat în favoarea relației cu un partener, a nevoii programate de celălalt (Zwang 1990).

În general, relațiile sexuale din adolescență evoluează către o implicare fizică și afectivă progresivă, după secvența: întâlniri, sărut, petting, coit.

Petting-ul reprezintă un repertoriu de stimulări ale zonelor erogene extragenitale și genitale, cu sau fără ajungerea la orgasm, similară tehnicilor din timpul preludiului actului sexual, dar fără penetrație. S-a constatat o atitudine din ce în ce mai permisivă și o creștere apreciabilă a practicării petting-ului în ultimul secol în societățile occidentale. Petting-ul constituie o punte între autoerotismul perioadei prepubertare și de la debutul adolescenței și relațiile cu un partener, permițând învățarea detaliilor fizice ale partenerului și răspunsul sexual. Prin petting se consolidează rolul sexual, identitatea sexuală, se învață și se realizează legăturile emoționale: intimitate, dragoste, tandrețe (Katchadourian 1975).

Mai multe teorii și modele au încercat să explice comportamentul sexual al adolescentului și mai ales cauzele debutului în activitatea sexuală (Theriault 1995).

Teoria grupului de referință afirmă că, comportamentul sexual al adolescentului depinde de comportamentul sexual al grupului de peers, de cel al celui mai bun prieten sau al fratelui mai mare. La fete comportamentul sexual poate fi anticipat pe baza comportamentului celorlalte fete din grup.

Teoria comportamentului problemă afirmă că, cei care debutează precoce în activitatea sexuală ar fi mai puțin convenționali și chiar uneori ușor devianți. Reciproc,

Scanned with OKEN Scanner

debutul precoce în activitatea sexuală ar determina reducerea atașamentului față de valorile tradiționale și familiale.

Modelul bio-social accentuează asupra rolului impregnării hormonale în debutul relațiilor sexuale, în particular pentru genul masculin.

Modelul socio-relațional explică debutul în activitatea sexuală prin prisma prevederilor "scenariilor" sociale care presupun această activitate pentru afirmarea masculinității și a dreptului de a aspira la statutul de adult.

Debutul în activitatea sexuală depinde de multipli factori socio-culturali și tinde să se producă relativ precoce, chiar dacă societatea nu este dispusă să-i acorde adolescentului prerogativele adultului.

Sorensen (1973, cit. Katchadourian 1975) a demonstrat că într-un grup de adolescenți între 13 și 19 ani, 48% nu avuseseră experiență sexuală (fete - 58%, băieți- 41%) și 52% aveau experiență sexuală (fete - 45%, băieți - 59%). Monogamia seriată apărea la 15 % dintre băieți și 28% dintre fete.

Kahn (1988, cit. Theriauld 1995), studiind un grup de băieți între 17-21 de ani a ajuns la concluzia că 0,5% aveau experiență sexuală la 12 ani, 1,4% la 13 ani, 4,7 % la 14 ani și 8,9% la 14 ani. În studiul lui Sonnestein (1991, cit. Theriauld 1995) adolescenții aveau experiență sexuală în proporție de: 2,9% la 13 ani, 7,1% la 14 ani și 16,2 % la 15 ani.

În Quebec (Theriauld 1995) 47% dintre adolescenții între 15-17 ani aveau experiență sexuală.

După un studiu efectuat de către Fortin în Comunitatea Europeană, (1991 cit. Theriauld 1995) la 14 ani, 17,7 % dintre băieți și 26,6% dintre fete erau activi sexual.

Factorii determinanți ai debutului precoce în activitatea sexuală sunt socio-educaționali (Theriauld 1995):

- dezvoltarea biologică mai rapidă (mai ales pentru

Scanned with OKEN Scanner

fete);
- lipsa de suport afectiv în familiile dezorganizate;
- nivelul educațional redus al adolescentului și a familiei sale;
- aspirații modeste în relație cu cariera profesională;
- nivelul socio-economic precar al familiei adolescentului;
- atitudinea permisivă manifestată în anumite grupuri sociale sau rasiale (cei de rasă neagră sunt mai permisivi față de debutul sexual precoce).

Pentru băieți, lansarea în activitatea sexuală este frecvent o problemă "de amor propriu"; de răspuns la presiunea grupului. Mulți antamează relații sexuale cu fete mai ușor de abordat, desconsiderându-le apoi după terminarea relației cu cruzimea caracteristică adolescenței (Zwang 1990). În acest timp pot manifesta sentimente de admirație și afecțiune față de alte fete pe care nu le abordează sexual.

Fetele cedează deseori insistențelor unui partener din "amabilitate"; din dorința de a se încadra în comportamentul grupului de referință și mai puțin din dorința de plăcere pe care o vor resimți mult mai târziu. În absența contracepției există riscul unei sarcini, care independent dacă este dusă la termen sau se termină prin avort va crea o viziune pesimistă asupra sexualității (Zwang 1990). Din fericire, capacitatea mare a adolescentei de a uita nu permite decepțiilor erotice să-i greveze ireversibil sexualitatea de mai târziu.

Lansarea precoce în activitatea sexuală determină reducerea performanțelor școlare cu afectarea potențială a carierei, o mai mare frecvență a relațiilor sexuale, o atitudine mai permisivă față de relații premaritale.

Precocitatea în relațiile sexuale implică o vulnerabilitate sporită a adolescentului la maladii sexual transmise și exploatare sexuală, fenomen de mare amploare

Scanned with OKEN Scanner

în lume (Tordjman 1995).

Consecința achizițiilor psiho-sexuale din copilărie și adolescență, grefate pe un primordium comportamental dezvoltat pe baza inductorilor genetici și hormonali este un dimorfism sexual care vizează atitudinile și comportamentul sexual.

Unele aspecte ale dimorfismului sexual privesc comportamentul general, altele sunt strâns legate de sexualitate. Dimorfismul sexual comportamental se edifică prin integrarea progresivă pe tiparul primordiumului prenatal, prin învățare, a scenariilor socio-sexuale, a multiplelor experiențe personale în interacțiune cu mediul social și cultura de care aparține subiectul.

Dimorfismul sexual se traduce în comportamentul general prin diferențe semnificative despre care nu se poate afirma cu certitudine că sunt rezultatul unui "imprinting" prenatal sau a procesului de învățare și aderare la roluri stereotipe de gen. Pentru unele aspecte ale dimorfismului există argumente: fetele au capacitatea mai mică de efort, au abilitate verbală mai bună, fapt evident de la pubertate și aflat în strînsă relație cu impregnarea estrogenică, băieții au abilități spațiale mai bune, sunt mai agresivi fizic și verbal.

Pentru alte aspecte argumentele sunt relative: fetele sunt mai sugestibile, au mai puțin respect de sine, învață mai ușor sarcini repetitive și au mai bună memorie auditivă, sunt timide, anxioase și compliante, iar băieții sunt activi, competitivi, dominanți (Bancroft 1989).

Diferențele de învățare a sexualității în cadrul grupului determină un dimorfism în comportamentul sexual. Bărbații învață prin masturbație (eventual practicată în grup) și sunt preocupați de cantitate, de performanță, de popularizarea numărului de "cuceriri" Băieții sunt preocupați de calitățile fizice ale partenerei, la ei relațiile sexuale anticipează pe cele interpersonale,

Scanned with OKEN Scanner

răspunsul lor sexual este mai stereotip și mai mult centrat pe sfera genitală.

La femei care învață sexual prin petting (relație interpersonală), primează latura romantică a relației, calitățile psihologice, eventual statutul social al partenerului, excitabilitatea lor este mai difuză, iar relațiile interpersonale anticipează pe cele sexuale (Bancroft 1989). Rata de masturbare este mai redusă la fete, acestea au mai frecvent dificultăți în obținerea orgasmului, victimizarea lor este mai frecventă. Femeile sunt mai permisive față de homosexualitate și mai intolerante față de pornografie (Leiblum 1993).

Bibliografie

1. Aron C. *L'homosexualite masculine. Ethique de conviction ou jugement biologique.* Contraception, Fertilite, Sexualite, 1988, v.16 pp: 233-245.
2. Bancroft J.: *Human sexuality and its problems.* 2-nd ed. Churchill, Livingstone, Edimburg , London, Melburne, New York 1989.
3. Gooren F., Fliers F., Cortney K. *Biological determinants of sexual orientation.* Annual Review of Sex Research, 1990, v. I, pp:1-48.
4. Hutchinson K. *Androgens and sexuality.* The Amer J. of Medicine 1995, v. 98, pp:1115-1155.
5. Katchadourian H.A., Lunde D.T. *Fundamentals of Human Sexuality.* 2-nd ed. Holt, Reinhart and Winston 1975.
6. Leiblum S.R., Rosen R.C., Platt M., Cross R.C. *Sexual attitudes and behavior of cross sectional sample of United States medical students.* Effects of gender, agem and year of study. J. of sexual education and therapy, 1993, v.19, pp: 225-245.
7. Mahoney J. *Human sexuality.* McGrow Hill Book Comp. 1983
8. Money J. *Determinants of human gender identity/role.* in: Money J., Musaph H.: Handbook of sexology. Excerpta medica Amsterdam, London, New York, 1977, pp: 57-77.

Scanned with OKEN Scanner

9. Money J., Higham E. *Sexual behaviour and endocrinology (normal and abnormal)*, in: De Groot L.J. (ed) Endocrinology, Grune and Stratton; New York 1979, pp:1353-1363.

10. Money J. *The development of sexuality and eroticism in human kind.* in: Hang M., Brain P.F., Claus A.: Heterotipical behavior in men and animals, Chapman and Hale, London 1991, pp:127-166.

11. Schumacher M., Legros J.J., Balthazart J. *Sterod hormones, behavior and sexual dimaphism in animals and men.* Nature-nurture controversies. Experimental and Clinical Endocrinology 1987, v.90, pp:129-156.

12. Theriault J: *Differentiation familiale: individualisation et sexualite en prime adolescence - etude exploratoire.* Contraception, Fertilite, Sexualite 1995, v.23 , pp: 341-347.

13. Tordjman G. *Vulnerabilite des adolescents aux MTS.* Contracept, Fertil, Sexualite,1995, v. 23, pp: 411-414.

14. Udry J.R., Billey J.G., Morris N.M. *Serum androgen hormone mediates sexual behavior in adolescent boys.* Fertil Steril 1985, v.43, pp: 90-94.

15. Van Saal F.S.: *Prenatal gonadal inflevences on mouse socio-sexual behavior,*: Hang M., Brain P.F., Claus A.: Heterotipical behavior in men and animals, Chapman and Hale, London 1991, pp: 42-70.

16. Zwang G. *Sexologie,* Masson Paris, Milan, Barcelone, Mexico 1990.

Scanned with OKEN Scanner

11

Metode recomandabile a fi folosite în educația sexuală a adolescenților în școli

Ecaterina Ilisei[1], *Luminița Burlacu*[2], *Luminița Tucaș*[3], *A. Scutaru*[4], *As. Elena Cucoranu*[4]

1. Liceul de Informatică Iași
2. Cabinet Planificare Familială - Spital "Elena Doamna" Iași
3. Cabinet Planificare Familială - Tg. Frumos
4. Centrul de Sănătate a Reproducerii Iași

Începând din decembrie 1989 țara noastră se găsește într-un proces de mari schimbări care au afectat toate aspectele vieții, inclusiv relațiile dintre sexe.

Schimbarea atitudinii față de sexualitate a fost determinată de mulți factori, printre care cei mai importanți ar fi: schimbarea codurilor morale, determinate în principal de apariția contraceptivelor, prelungirea perioadei de adolescență și de modificări în structura societății.

Astfel, sănătatea reproducerii continuă să rămână una din problemele importante ale sănătății publice la noi, concluzie la care a ajuns Raportul final prinvind Cercetarea sănătății reproductive în România (1993) efectuat de Institutul pentru Ocrotirea Mamei și al Copilului (IOMC) și Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (Atlanta - Georgia -SUA).

Ameliorarea acestei probleme cu care se confruntă societatea noastră impune schimbarea mentalității privind comportamentul sexual deoarece sănătatea sexuală este un

Scanned with OKEN Scanner

subiect foarte actual și controversat care preocupă specialiști din medicină, sociologie, economie, etc. dar și factori politici, mass-media și, nu în ultimul rând, populația în general.

Planificarea familială și educația pentru sănătate sunt componente ale asistenței primare (alături de controlul bolilor endemice, igienă, imunizări).

Problematica sexualității este mai acut resimțită la vârsta adolescenței, vârstă caracterizată prin importante schimbări biologice, psihice și sociale care vor influența cursul vieții mai târziu. Acum se forrmează identitatea sexuală, apr preocupări privind viitoarea profesiune iar relațiile cu partenerii de sex opus capătă o mare importanță privind traseul existențial.

De aceea, această categorie de vârstă trebuie ajutată în procesul de învățare a propriilor transformări fizice, în formarea personalității și dobândirii autonomiei față de părinți, în înțelegera și învățarea sexualității pentru că funcțiile sexuale și mai ales comportamentul depind atât de capacitatea de a primi și interpreta informațiile primite cât și de mediul cultural și social în care trăim. Cu toate că dispun de mai multă libertate, tinerii au nevoie de un sistem de educație în familie și în școli pentru a învăța să o folosească, să știe să decidă, să poată trăi fără senzația de vină și să fie liberi să-și desfășoare propria lor viață și sexualitate.

Liberalizarea sexuală se obține pentru unii tineri prin informații din presă, televiziune sau de la prieteni și mai puțin din familie sau școală. Trebuie amintit că o informare incompletă sau eronată în rândul adolescenților poate crea mentalități periculoase, care duc la devalorizarea și dezumanizarea comportamentului sexual (prin transformarea sa într-o sursă exclusivă de plăceri). Pe de altă parte, falsa pudoare cu care sunt îmbrăcate deseori problemele sexuale, confuzia care se face între fiziologic și

Scanned with OKEN Scanner

obscen crează imagini false despre sexualitate, favorizând eșecurile sexuale și expun adolescentul la comportări sexuale aberante.

Având în vedere toate aceste aspecte, în anul școlar 1996-1997 medicii Centrului de Sănătate a Reproducerii și Planificare Familială Iași au inițiat, de comun acord cu Inspectoratul Școlar Județean, un program de educație sexuală a elevilor din clasele mari (a XI-a și a XII-a) de la Liceul de Informatică din Iași, iar medicii de la Cabinetele de planificare familială din orașele Tg. Frumos și Hârlău au susținut aceleași ore de pregătire la liceele din aceste orașe.

Acest program de educație sexuală a elevilor este complex, el conținând informații variate începând cu anatomia și fiziologia organelor genitale și terminând cu metoda de contracepție (programul este anexat la sfârșitul lucrării).

Material și metodă

În anul 1996, în lunile ianuarie și februarie, am efectuat un studiu pe un lot populațional de 300 de femei din diverse medii, din acestea 100 fiind eleve, studiu care și-a propus să reliefeze unele aspecte privitoare la sexualitate.

La începutul anului 1997 am reluat același studiu pe un lot de 300 elevi, din aceștia 200 fiind de la Liceul de Informatică Iași și 100 de la Liceul Teoretic din Tg. Frumos, având în vedere că la ambele licee s-au desfășurat ore de educație sexuală de către medicii de la cabinetele de planificare familială.

Pentru obținerea de date cât mai complexe, s-au utilizat fișe cu caracter anonim, fișe care au cuprins întrebări cu răspunsuri multiple vizând date generale (vârsta, talia, greutatea, studii, condiții de locuit), aspecte

Scanned with OKEN Scanner

referitoare la viața sexuală a adolescenților (vârsta la care a avut loc primul raport sexual, frecvența raporturilor sexuale, metode contraceptive utilizate, număr avorturi, boli ale aparaturlui genital, atitudinea față de pornografie, importanța acordată vieții sexuale) ca și întrebări cu privire la sursele de informare asupra vieții sexuale.

Rezultate

Redăm mai jos caracteristicile acestui studiu:

1. Loturile au avut următoarea structură:
   - 200 de elevi de la Liceul de Informatică Iași (100 eleve + 100 elevi);
   - 100 elevi de la Liceul Teoretic Tg. Frumos (50 eleve + 50 elevi);

2. Pe ambele loturi studiate vârsta medie a fost cuprinsă între 18-19 ani.

3. Am constatat că o medie de 35% din elevii din Iași și 45% din elevii din Tg. Frumos au viață sexuală. Din aceștia remarcăm că băieții sunt cei care dețin întâietatea, 45% din elevii de la Liceul de Informatică Iași, respectiv 70% din cei de la Tg. Frumos au declarat că au viață sexuală.

Faptul că băieții și-au început viața sexuală într-un procentaj mai ridicat se explică prin dorința lor de validare a apartenenței la categoria maturilor, pe de o parte, iar pe de altă parte, printr-o erotică provocată sau stări de hiperexcitabilitate.

Fetele în schimb, fiind mai conformiste prin structura lor psihologică, își mențin virginitatea mai mult timp (la Liceul de Informatică 25% din eleve au viață sexuală, iar la Tg. Frumos doar 14%). Nu putem face nici o apreciere asupra practicilor de masturbare, care în literatura de specialitate sunt menționate cu o frecvență mai mare la această categorie de tineri comparativ cu

Scanned with OKEN Scanner

rezultatele obținute în studiul nostru, de numai 8% (la băieți).

4. Sub aspectul vârstei la care a debutat viața sexuală remarcăm că majoritatea adoelescenților au avut primul raport sexual la 17-18 ani (pentru fete 95,8% la Liceul de Informatică Iași și 100% la Liceul Teoretic Tg. Frumos, iar pentru băieți de 65,71% la Liceul de Informatică Iași respectiv 71,42% la Liceul Teoretic Tg. Frumos). O parte din băieți și-au început viața sexuală la vârste sub 16 ani (11,92 la Liceul de Informatică Iași, respectiv 28,57% la Liceul Teoretic Tg. Frumos).

5. În privința numărului de parteneri 75% din elevele de la Liceul de Informatică Iași, care și-au început viața sexuală au un singur partener, 16,66% au avut 2-3 parteneri și numai 8,33% au întreținut relații cu mai mult de 3 parteneri.

La Liceul Teoretic Tg. Frumos toate elevele au declarat un singur partener (100%).

Pentru elevi, remarcăm o oarecare similitudine a datelor obținute, în sensul că majoritatea dintre ei preferă relațiile cu o singură, parteneră, astfel la Liceul de Informatică Iași 62,22% au o singură parteneră, 24,44% au avut 2-3 partenere și 13,33% au avut mai mult de 3 partenere.

La Liceul Teoretic Tg. Frumos 50% din elevi au declarat că au relații cu o singură parteneră, 28,57% au întreținut relații cu 2-3 partenere și 21,42% cu mai mult de 3 partenere.

6. Frecvența actelor sexuale este destul de mică, majoritatea având raporturi sexuale la 2 săptămâni (aprox. 75% din băieți și 55% din fete) sau săptămânal (aprox.15% din băieți și 45% din fete). O mică parte din băieți (15%) au declarat că au raporturi sexuale zilnic.

7. Numărul de avoturi întâlnite la această vârstă este de 8%, prezența lor indicând lipsa de informare privind

Scanned with OKEN Scanner

metodele de contracepție cât și riscurile unui avort.

8. Metodele contraceptive cele mai folosite s-au dovedit a fi pilula contraceptivă și prezervativul utilizate mai ales de către elevii din Iași. Astfel pilula este folosită în proporție de 62,5% de către elevele din Iași comparativ cu doar 16,6% la Tg. Frumos. Prezervativul este folosit în propoție de 48,57% de către băieții din Iași și 64,28% de cei din Tg. Frumos. Celelalte metode sunt mai puțin folosite, metoda calendarului este aplicată numai de 8,33% din eleve și raporturile sexuale întrerupte cu variații între 1,42% (Iași) și 21,42% (Tg. Frumos).

9. În ce privește afecțiunile ginecologice prezentate de cei care au început viața sexuală, menționăm ca fiind mai frecvente vulvo-vaginitele: 25% și cervicitele: 4,16% pentru eleve, iar pentru băieți uretrite și balanite în proporție de doar 0,98%. Elevii din Tg. Frumos nu au declarat nici un episod de acest gen, posibil din jenă sau teama de controlul medical ginecologic.

10. Referitor la sursele de unde au primit primele informații despre viața sexuală, remarcăm că majoritatea provin din familie, apoi de la prieteni, pe locul trei situându-se școala și pe ultimul loc, cabinetele medicale.

În medie, informațiile primite în familie, au fost de 55% pentru elevii din Iași și 33,33% pentru elevii din Tg. Frumos iar informațiile primite din școală s-au situat la cifre de 15,55% pentru elevii din Iași și 41,26% pentru cei din Tg. Frumos.

Menționăm că o pondere însemnată continuă să o dețină informațiile vehiculate între prieteni (între 34,88% și 42,3%) informații care deseori se dovedesc incorecte și false cu repercursiuni negative asupra sexualității adolescenților.

11. Atitudinea față de pornografie este dominată de reacții de respingere, jenă și dispreț (aproximativ 70%) mai mult interes și atracție manifestând băieții (35%)

Scanned with OKEN Scanner

comparativ cu fetele (10%).

12. În privința consumului de droguri, acesta este relativ scăzut, 30% din băieții declarând că folosesc ocazional alcool și doar 1% marihuana.

13. Ca o curiozitate, menționăm că majoritatea băieților (95%) consideră că viața sexuală este un lucru foarte important comparativ cu fetele (doar 55%).

14. În încheiere precizăm că toți elevii consideră că familia trebuie obligatoriu să fie completată cu copii, majoritatea dorind să aibă 1-2 copii.

Discuții

Din informațiile obținute pe baza acestui studiu s-au desprins câteva caracteristici definitorii privind sexualitatea la vârsta adolescenței la noi.

Astfel, se constată că în ultimii ani un număr tot mai mare de adolescenți își încep viața sexuală la 18-19 ani (35-45%), comparativ, de exemplu, cu anul 1996 când acest procent era de 26%.

De asemenea, se remarcă o scădere a vârstei primelor raporturi sexuale, mai ales la băieți, datorită, probabil, dorinței lor de validare a apartenenței la categoria de matur.

La fete însă, se semnalează în ultima perioadă și o reactualizare a ancestralului tabu al virginității (între 75-86% din fete sunt virgine), la noi castitatea premaritală fiind considerată încă un "ideal", cu toate că unii sexologi consideră că "societatea nu mai ia o poziție pioasă în fața virginelor și nici nu mai consideră că cei care au relații sexuale premaritale ar trebui pedepsiți".

Urmările acestei evoluții sunt încă greu de apreciat statistic și prognostic.

Tot aici, am vrea să menționăm că decizia sexuală este nu numai o decizie psihologică, morală, religioasă și

Scanned with OKEN Scanner

socială, ci și o decizie privind sănătatea sexuală.

Din perspectiva adolescenței, riscul primar este însăși inițierea relației cu un partener, relație care poate deveni potential sexuală, iar riscurule secundare se referă la bolile transmisibile sexual, (BTS) și orice formă de disconfort sexual sau sarcină nedorită.

Aceste riscuri se datorează lipsei de informație sau informațiilor greșite, prejudecăților - toate putând fi considerate drept forme ale "inculturii sexuale",

Un alt aspect pozitiv pe care l-am constatat, a fost faptul că majoritatea adolescenților care și-au început viața sexuală, au declarat un singur partener heterosexual (între 62,22-75% pentru elevii din Iași), deci relațiile lor sunt bazate pe afecțiune, înțelegând că dragostea este o componentă de bază a sexualității.

Există totuși adolescenți care au întreținut relații sexuale cu mai mulți parteneri, mai ales băieții, (între 24-28%), ceea ce implică pericolul apariției BTS sau al devalorizării actului sexual în sine, care este utilizat ca o sursă de plăcere.

Majoritatea adolescenților nu au o viață sexuală ordonată, ei întreținând raporturi sexuale, cel mai frecvent la 2 săptămâni, sau săptămânal, ceea ce îi determină pe unii dintre ei să nu folosească metode contraceptive (50% din elevele din Tg. Frumos și 8,35% pentru elevele din Iași), acest fapt având drept consecință apariția sarcinii nedorite urmată de avort (pentru studiul nostru, numărul de avorturi este de 8%).

Cu toate acestea, un procent ridicat de adolescenți, mai ales cei din Iași, folosesc metodele contraceptive (91,65% din fete), dintre acestea cele mai frecvente fiind pilula contraceptivă (62,54%) urmată de prezervativ (48,57% la băieții din Iași și 64,28% din Tg. Frumos).

Folosirea metodelor contraceptive este mai crescută în rândul adolescenților din Iași, comparativ cu cei din Tg.

Scanned with OKEN Scanner

Frumos, mai ales la fete (ex. 91,65% din elevele din Iași folosesc pilula contraceptivă, comparativ cu 16,66% pentru elevele din Tg. Frumos).

Aceasta s-ar putea explica prin persistența unor prejudecăți sau teama nejustificată de actul medical.

Menționăm că în urma orelor de educație sexuală, un procentaj ridicat de eleve de la Liceul de Informatică Iași (65% din cele care și-au început viața sexuală) s-au adresat cabinetului nostru de PF atât pentru contracepție cât și pentru tratamentul eventualelor afecțiuni ginecologice.

Fapt încurajator, elevii s-au prezentat și în cupluri, relevând seriozitatea cu care privesc viața sexuală.

Referitor la informațiile privind sexualitatea, remarcăm că majoritatea provin din familie, apoi de la prieteni, școala situându-se pe locul 3, iar cabinetele medicale pe ultimul loc.

Comparativ cu lotul studiat anul trecut, se remarcă o creștere a acestor informații în cadrul familiei dar și în școală, fapt ce reflectă creșterea nivelului de comunicare atât între părinți și copii dar și între cadrele didactice și elevi (mai ales în cadrul orelor de dirigenție și biologie).

Pentru elevii din Tg. Frumos, am sesizat că 41,26% din informații au fost primite mai ales în școală, comparativ cu informațiile primite în familie (33,33%), deci invers situației din Iași, unde noțiunile din familie au fost de 55% iar din școli 15,57%.

De fapt, în mediul rural ca și în micile colectivități orășenești, părinții nu pot fi parteneri de discuție pe această temă cu tinerii, datorită, pe de o parte instrucției școlare și culturale relative ca și persistenței unor mentalități anacronice pentru prezent.

În ce privește pornografia, deși cei mai mulți dintre adolescenți au declarat reacții de respingere și dezgust sunt și o parte care sunt interesați de acest aspect, mai ales că în

Scanned with OKEN Scanner

ultimii ani există o libertate a presei, radio-ului și TV care difuzează articole și programe pornografice.

Referitor la acest aspect, M.C. Cory spunea: "În timp ce copii, tinerii sunt bombardați cu tot felul de informații, de cele mai multe ori greșite despre sex, noi ne mai întrebăm dacă este necesar sau corect să se introducă sau nu, lecții de educație sexuală în școli".

Concluzii

Formarea comportamentului sexual depinde în mare măsură de originea etnică, clasa socio-economică, nivelul cultural educațional și standardele de viață ale comunității în care tinerii (adolescenții), trăiesc.

Deși se recunoaște unanim rolul familiei în educația sexuală, cel puțin la noi, în familie, au loc rar discuții libere despre sexualitate, acestea fiind îngrădite de tot felul de prejudecăți.

Sunt familii în cadrul cărora se informează copiii cu probleme de sănătate, de dezvoltare, nutriție și de câte ori este cazul se discută și despre sex.

Există însă și reversul - familii în care se face totul pentru a nu se discuta, nu se citește, și nu se lasă la vedere nimic ce ar putea aminti de sex.

O motivație puternică este lipsa de informare a părinților. Aceasta nu este, însă, o scuză. Din contra.

Aceste lacune în educație ar trebui corectate printr-o educație sexuală corespunzătoare făcută în cadrul școlii și adaptată la nivelul educațional și cultural al comunității respective.

Până acum, programele de educație sexuală în școli au constat în lecții de biologie, iar informațiile primite de copii și tineret au fost de cele mai multe ori reduse și tardive.

Informațiile referitoare la sexualitate și reproducere

Scanned with OKEN Scanner

sunt binevenite la orice vârstă, dar mai ales la adolescenți - categorie socială care, așa cum am menționat anterior - este cea mai expusă riscurilor.

Iată de ce, noi connsiderăm că adolescenții ar trebui să primească în școală o educație sexuală care să transmită mesaje clare pentru constituirea unor concepții pozitive despre sexualitate.

Informațiile pe care le-am introdus în programul nostru de Educație Sexuală, se referă la procesele de creștere și dezvoltare specifice adolescenței, la modificările psihice caracteristice acestei vârste, la fiziologia actului sexual, orientare sexuală și răspunsuri sexuale, sarcină dar și avort, pericolul BTS, inclusiv SIDA, aspecte de abuz și agresiune sexuală.

În ultimele ore, au fost aduse la cunoștința adolescenților noțiuni de contracepție, pentru care au manifestat un viu interes.

Informațiile au fost completate și de materiale educative (broșuri, prezentare de materiale contraceptive, etc.) și de recomandarea unor cărți despre sexualitate considerate de noi ca fiind instructive și utile, în completarea educației sexuale a tinerilor.

Toate aceste informații și metode utilizate au avut ca scop să ajute adolescenții în înțelegerea și acceptarea proprilor schimbări, să își câștige încrederea în ei înșiși pentru a putea decide asupra propriilor vieți.

Educația sexuală s-a dovedit a fi extrem de utilă pentru că, pe de o parte, a răspuns cererii tinerilor de a-și clarifica o multitudine de probleme, iar pe de altă parte i-a ajutat în comunicarea liberă cu educatorii, exprimându-și incertitudinile și neînțelegerile cu privire la diverse aspecte ale sexualității.

Dialogul a fost încurajat de faptul că orele s-au efectuat separat pentru fete și băieți, astfel încât a dispărut inhibiția produsă de prezența celor de sex opus, iar medicii

Scanned with OKEN Scanner

și-au păstrat clasele cu care au lucrat, creându-se astfel și o legătură afectivă cu elevii.

Menționăm că, deși la început aceste ore au fost primite cu reticență, atât de către elevi cât și de unele cadre didactice, ulterior, ele au fost apreciate, elevii manifestându-și interesul pentru multe din informațiile primite și punând ei înșiși întrebări asupra problemelor care îi preocupă.

Mai mult, chiar tinerii au venit cu propunerea ca aceste ore de Educație Sexuală, desfășurate în cadrul orelor de dirigenție, să se facă săptămânal, pentru a putea cuprinde mai multe informații despre aspectele care îi interesează.

În urma acestor ore, am constatat că, elevele dar și grupuri de elevi au început să se adreseze cabinetului nostru de Planificare Familială, demonstrând că au înțeles importanța sănătății sexuale și a contracepției.

Având în vedere cele prezentate, am concluzionat că educația sexuală ar trebui să înceapă acasă, să se continue în toate formele de învățământ de la preșcolari până la institute de învățământ superior, bineînțeles prin programe adaptate vârstei respective.

Profesorii-diriginți de la Liceul de Informatică Iași, au propus ca, în afara acestor ore de educație sexuală desfășurate în cadrul orelor de dirigenție, medicii să acorde sfaturi legate de sexualitate și contracepție la cabinetul medical al școlii, după un program stabilit de comun acord cu conducerea școlii.

Medicii Centrului de Sănătate a Reproducerii și Planificare Familială Iași, au propus ca în cadrul centrului, în cursul după-amiezii, să se desfășoare programe de educație sexuală în grupuri sau individual, cu accesul liber al tuturor adolescenților care solicită sfaturi contraceptive sau de altă natură. Aceste programe ar trebui însoțite și de materiale didactice (cărți, broșuri, filme), pentru o mai

Scanned with OKEN Scanner

bună înțelegere a informațiilor primite.

Din experiența "Centrului de Sănătate a Reproducerii și Planificare Familială", în activitatea cu adolescenții reiese necestatea ca profesorii din unele zone ale județului să-și completeze unele noțiuni de sexologie, deoarece mulți adolescenți care au venit din orașele județului și din alte județe au reclamat lipsa de informare în această direcție în cadrul orelor de dirigenție. Ori, educația sexuală a tinerilor, nu poate fi lăsată în exclusivitate în seama medicilor.

Ceea ce s-a întreprins de către centrul nostru a fost un studiu - pilot, pe care sperăm să îl continuăm, însă nu poate constitui o formulă definitivă educațională.

Întrega responsabilitate pentru o informare sexuală, calitativă și corectă, la îndemâna și înțelesul tuturor, revine familiei, școlii, centrelor de educație sexuală și în general societății în care trăim și pe care ne străduim să o facem mai bună pentru toți, dar mai ales pentru noua generație.

Bibliografie

1. Lawrence Bauman, Robert Richie — *Adolescenții, o problemă, părinții, un necaz.* Ed. Antet 1995.
2. Maria Mândru-Ungureanu — *Sex și sexualitate.* Ed. Med. SA, București, 1994.
3. Iolanda Mitrofan, Nicolau Mitrofan — *Elemente de psihologie a cuplului.* București, 1994
4. Sorin Lucia Puia, Bogdan Marinescu — *Compendiu practic de Planificare Familială.* București 1996.
5. Tudor Stoica — *Sexologie.* Ed. Med. București, 1972.
6. *** — *Sexualitatea normală și patologică.* Iași, 1996.
7. E. Zbranca — *Contracepția.* Ed. Medicală, București, 1990.

Scanned with OKEN Scanner

Anexă

Tematica orelor de educație sexuală clasele XI, XII.

I. Anatomia și fiziologia organelor genitale feminine și masculine.

II. Pubertatea - factorii deteminanți ai pubertății; relațiile între centrii nervoși superiori și glandele periferice.

Modificări structurale în anatomia și fiziologia organelor genitale diferențiat pe sexe.

Modificări psihice.

Instinctul sexual; exacerbarea acestuia.

Elemente de comportament sexual.

III. Masturbarea: definiție, determinism psiho-anatomo-social; impactul asupra dezvoltării individului.

IV. Raportul sexual normal - fiziologie.

Necesitatea echilibrului psihic și comportamental în relațiile dintre sexe.

Riscul raportului sexual din punct de vedere social și medical.

Perversiuni sexuale.

V. Contracepția și contragestia - definiție, specific, variante.

Rețeaua guvernamentală de planning.

VI. Consultația sexuală - particularități.

Necesitatea colaborării pacient - medic. Rolul sincerității și încrederii reciproce.

Scanned with OKEN Scanner

12

Opinii privind unele particularități ale comportamentului sexual la o categorie de adolescente

(date sugerate de sondajul de opinii efectuat în cadrul Policlinicii pentru elevi și studenți Iași)

Carmen Stratone, Luminița Burlacu, Mariana Flondor, as. Alina Șerban

Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iași
Centrul pentru Sănătate a Reproducerii și Planificare Familială

Instinctul sexual este fascinant și reprezintă o dimensiune informativă înaltă a speciei umane, fiind rezultatul legăturilor complexe dintre cele 4 procese: social, psihologic, fiziologic și neurologic. Comportamentul sexual are un nivel de complexitate ridicat și este însoțit de o funcție specifică, cea erotică, care duce la implicarea afectivității individului în activitatea sexuală. Sexualitatea umană are și o latură socială variabilă în timp conform moralei și eticii societății, noțiunile de normal și anormal suferind o reconsiderare istorică.

Scopul lucrării a fost evidențierea unor particularități ale adolescentelor cuprinse în procesul de învățământ preuniversitar și universitar din Iași. S-a alcătuit un studiu pe fișe anonime pe care cei interogați le depuneau în cutii poștale sigilate.

Au fost luate în studiu 143 de paciente între 16-26 ani, grupa de vârstă 20-25 ani reprezentând 73%, numărul pacientelor între 14-20 ani fiind de 23 (16%), restul de 11% fiind paciente peste 25 de ani.

Scanned with OKEN Scanner

Procentajul pacientelor cu studii preuniversitare a fost de 27%, restul de 73% reprezentând lotul celor cu studii universitare.

Starea civilă a evidențiat 65% necăsătorite, 31% căsătorite, 1% divorțate și 3% în situație de concubinaj.

Vârsta primului raport sexual a fost în 61% din cazuri între 19-22 ani, 5,5% la mai puțin de 16 ani, restul peste 23 de ani.

Starea civilă în momentul primului raport sexual a arătat 11% căsătorite, 83% necăsătorite și restul în situația de concubinaj.

Numărul partenerilor sexuali a variat între 71% - 1 partener, 19,5% - 2-3 parteneri, 9,5% mai mult de 3 parteneri.

Ca metodă contraceptivă 28% nu foloseau nici o metodă, 12% raport sexual întrerupt, 12% metoda calendarului, 25% pilula, 14% prezervativ, restul alte metode.

Trăirea actului sexual a fost prezentă la 68% paciente.

Ca informație, este interesant că 33% aveau primele noțiuni din familie, 12% din timpul școlii, 3,5% din cabinetele medicale, 24,5% de la prietene și 27% de la partener.

Preocupări extrașcolare (teatru, dans, literatură, pictură, sport) aveau 92% din paciente.

În final 94% apreciau că viața sexuală este un lucru foarte important, 6% nu.

Faptul că 25% din paciente foloseau ca metodă contraceptivă pilula sugerează deja un nivel informațional mai ridicat.

Pilula estro-progestativă este de cele mai multe ori, răspunsul cel mai bun la dorința de contracepție a adolescentei. Inconvenientele sale (blocajul ovulației când ciclurile nu sunt încă regulate, lipsa protecției față de bolile

Scanned with OKEN Scanner

cu transmitere sexuală contrar prezervativului) sunt contrabalansate de avantaje (cicluri regulate, supresia cvasi-totală a dismenoreei - prima cauză de absenteism școlar, eficacitatea 100% dacă este urmată corect, neinterferența cu actul sexual, în opoziție cu contracepția locală care "depoetizează" raportul).

Contracepția orală nu poate fi prescrisă dacă bilanțul clinic (examenul clinic general, ginecologic, senologic, al sistemului nervos, talie, greutate, tensiune arterială) și biologic (examenul glucido-lipidic) nu sunt normale. Variațiile anormale ale tensiunii arteriale, greutății, glicemiei, lipidelor pot orienta medicul spre o stopare provizorie a metodei. Mai mult, frotiurile de depistaj (CD) permit relevarea diverselor anomalii, mai ales a displaziilor, o patologie nouă la adolescente, pusă în evidență prin recrudescența bolilor cu transmitere sexuală.

Alte metode contraceptive (prezervativul, ovulele contraceptive) nu corespund psihicului adolescentei "romantice" care le refuză, iar steriletul este formal contraindicat dat fiind riscul său infecțios (prin libertinaj sexual).

În final se pot sugera următoarele concluzii: nivelul cultural și social, de informație generală mai ridicat, schimburile de opinii mai frecvente cu colegii și prietenii privind tema sexualității sunt parametrii care dau particularitate lotului studiat. Alături de aceștia trebuie adăugat și accesul mai ușor la datele mass media, precum și emanciparea mai precoce a tineretului.

Scanned with OKEN Scanner

13

Avortul la adolescente

Dana Cernucan, Simona Ursu, Ilinca Rădăuceanu, Mariana Flondor, as. Rodica Ștefan

Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iași - Centrul pentru Sănătatea Reproducerii și Planificare Familială

Avortul este expulzia produsului de concepție înaintea terminării săptămânii a 28-a de sarcină. Marea majoritate a avorturilor sunt spontane și constituie o problemă socială majoră în practica ginecologică.

Avortul spontan. Aproximativ 1/10 dintre toate sarcinile obiectivate clinic, se termină prin avort spontan, cauza exactă nefiind cunoscută. Dacă se includ avorturile precoce incidența este mare.

Cauzele avorturilor la adolescente includ:

- factori mecanici (ovulari: în special hipoplazie uterină, sarcina multiplă, polihidramnios; uterini: hipotrofie uterină, malformație uterină, fibrom, sinechie uterină, insuficiență cervico-istmică);
- factori infecțioși;
- factori genetici (aberații cromozomiale).

Caracteristicile acestora sunt: cicluri frecvent neregulate, vârsta gravidei peste 30-35 ani favorizează trisomiile 21 si D, insuficienta luteală este frecventă, metroragii precoce (săptămânile 4-6), alterări hormonale precoce, alterări ale ADN;

- factori endocrini (insuficienta corpului luteal, leziuni placentare, insuficienta estrogenilor ± a progesteronului în faza luteală, hiperandrogenia peste 20 mg 17 cetosteroizi/zi, absenta răspunsului corpului gestativ la stimulare cu HCG;

Scanned with OKEN Scanner

- cauze generale: hipertensiunea arterială, nefrite cronice, hemopatii, incompatibilitate materno-fetală în sistemul Rh, diabet zaharat insulino-dependent, factori de mediu extern: eforturi fizice mari, intoxicație, carențe alimentare, stress.
- femei tratate pentru sterilitate.

La examenul anatomic și cromozomial al materialului de avort corect colectat se constată până la două treimi din cazuri anomalii structurale la nivel macroscopic și microscopic.

Cea mai frecventă cauză de avort este reprezentată de anormalitățile oului fertilizat.

Un număr mic al avorturilor repetate se datoresc incompetenței cervico-istmice. Acestea sunt de obicei avorturi târzii și diagnosticul este constatat în general după istoria anterioară a dilatării cervicale prin chirurgie, sau constatarea sarcinilor anterioare.

Pentru restul avorturilor spontane sunt acuzate evenimente coincidente; de exemplu: accidente minore, accese de vomă, boli cauzatoare de hipertermie.

O cauză de avort spontan este anomalia ovulară. Trebuie explicat clar pacientei riscul producerii unei anomalii fetale secundar anomaliei ovulare daca avortul spontan nu ar fi survenit.

Avortul spontan se poate clasifica în: iminentă de avort, avort în evoluție și avort complet.

Iminența de avort: colul uterin este închis, pot apare mici metroragii (mai reduse cantitativ decât în menstră) însoțite sau nu de dureri. Situația nu este irevocabilă. Se recomandă repaus și sedative. În puține cazuri se constată o deficiență de progesteron la debutul sarcinii, impunându-se tratament cu progesteron de sinteză sau natural. Certitudinea deficienței de progesteron este dată de nivelul progesteronului seric sau pregnandiolului urinar.

Avortul în evoluție necesită internare. Orificiul

Scanned with OKEN Scanner

intern este deschis, colul este dilatat (în caz de incompetentă) membranele sunt rupte spontan. Contracțiile uterine sunt dureroase. Este necesară hemostaza (pentru prevenirea pierderilor de sânge) și antisepsia pentru prevenirea infecției.

Dacă avortul este complet, oul și toate elementele placentare sunt evidențiabile (membrane, placentă, cordon), situație mai frecventă după săptămâna a 14-a.

Mai frecvent avortul este incomplet, situație în care pacienta acuză o sângerare masivă, posibilă cu cheaguri, mergând până la starea de șoc și dureri de intensitate scăzută. Uterul este mai mic față de durata amenoreei și orificiul extern este întredeschis.

Atitudinea terapeutică presupune internarea pacientei în spital, administrare de ergometrină și, la nevoie, transfuzii sanguine.

Majoritatea avorturilor au loc între săptămâna 8-12, sunt frecvent incomplete, necesită chiuretaj și sunt periculoase prin persistența resturilor în uter - cauza sângerărilor severe (prin abolirea contracțiilor uterine).

O categorie specială o constituie pacientele la care survine moartea fătului în uter, când produsul de concepție este eliminat în întregime și nu se produce o sângerare cu sânge proaspăt ci, cel mult, o discretă scurgere maronie (de obicei între săptămânile 16-18).

Pacienta acuză greutate în pelvis și constată dispariția semnelor de sarcină. Testele de sarcină nu sunt edificatoare, în acest caz diagnosticul fiind confirmat ecografic. Absența unei atitudini medicale prompte prezintă risc imediat de infecție dar și un risc tardiv de afectare a trompelor și a fertilității.

Avortul septic, mai rar în prezent, este de obicei urmarea unui avort indus, incomplet în care conținutul uterului constituie mediul de dezvoltare al germenilor.

Din punct de vedere bacteriologic sunt două grupe

Scanned with OKEN Scanner

de avorturi septice:

- piogen: microorganismele frecvent întâlnite sunt: E. Colli, streptococ fecalis, stafilococ;
- avorturi determinate de Clostridia: sunt rare și greu de diagnosticat, prognosticul fiind mult mai rezervat.

Tratamentul presupune internare de urgență în spital, administrarea de antibiotice în doze mari, transfuzii cu sânge prospăt, ser anticlostridian, corticoterapie. În absența răspunsului la tratament, dacă pacienta devine oligurică este necesară dializa și eventual histerectomia.

Avortul recurent

Vorbim de avortul recurent în cazul unei femei cu 2 sau mai multe avorturi spontane. Dacă acestea sunt precoce (sub săptămâna a 12-a) cauza cea mai frecventă este anomalia embrionară (situție incompatibilă cu continuarea sarcinii). Unele pot avea componentă cromozomială și impun examenul genetic de cuplu. Ulterior, avorturile recurente se asociază cu cervixul incompetent.

Avortul terapeutic

Se indică de uregență când trebuie salvată viața unei femei gravide sau trebuie evitată apariția unei leziuni grave, permanente, situație rară din fericire.

Alte indicații:

- când se presupune un risc vital pentru mamă (este luat în discuție în special în cazul bolilor renale și a HTA);
- când este periclitată sănătatea fizică sau psihică a pacientei sau a copiilor existenți deja în familie;
- când există risc de anomalii congenitale: boli infecțioase materne (în special rubeola mamei dar și toxoplasmoza și virozele); anomalii genetice materne (dacă femeia a născut anterior alți copii anormali, se apreciază că acest risc există și în viitor în cazul altor sarcini).

Scanned with OKEN Scanner

Metode de avort terapeutic: aspirația vaginală, evacuarea vaginală, injectii intrauterine, prostaglandine, histerotomie.

Riscurile avortului terapeutic: hemoragia, infecția, leziiunile tractului genital, traume psihice materne.

Un studiu efectuat în Clinica a III-a Obstetrică Ginecologie Iași, privind dinamica avorturilor în intervalul cuprins între anii 1992-1997 a obiectivat un total de 2099 avorturi dintre care 84% au fost la cerere și 16% au fost spontane; 30% fiind efectuate în 1992, 20% în 1993, 18% în 1994, 17% în 1995 și 15% în 1996. Se constată deci o scădere a numărului avorturilor în acest interval de timp. Se simte nevoia intensificării educației contraceptive în special în școli, informarea asupra existenței cabinetelor de planificare familială și a domeniului lor de activitate.

Bibliografie

1. Chamberlain G. and Sir John Dewhurst — *A Practice of Obstetrics and Gynaecology*. Ed. Churchill Livingstone, 1986.
2. Pricop M. — *Ginecologie*. Litografia UMF Iași, 1993.
3. Metzger D.A., Haney A.F. — *Obstet. Gynecol.* Clin. North. Am. 1989
4. Jenkins S., Olive D.L., Haney A.F. — *Obstet. Gynecol.* 1986

Scanned with OKEN Scanner

14

Economicitatea contracepției la adolescenți

Ilinca Rădăuceanu, Dana Cernucan, Simona Ursu, Alex Scutaru
Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iași
Centrul pentru Sănătate a Reproducerii și Planificare Familială

Termenul de adsolescență, ca perioadă de trecere de la copilărie la maturitate, este relativ nou. După OMS, adolescența este etapa cuprinsă între 10 și 19 ani iar populația tănără este recunoscută ca fiind cuprinsă între 10 și 24 de ani.

Adolescența este perioada în care organismul suferă două categorii de transformări:

- modificări biologice sub influența hormonilor sexuali,
- modificări psiho-emoționale,

ambele în strânsă interdependență.

Grupul adolescenților, neomogen ca dezvoltare și atitudine, este net influențat de mediul în care trăiește, de educație și se manifestă în mod diferit din punct de vedere sexual.

Activitatea sexuală premaritală a adolescenților este o problemă importantă pentru societate, amenințarea pentru sănătatea populației tinere fiind unul din aspectele ei cele mai dificile, prin:

- riscul contractării bolilor transmisibile (în care se include și SIDA), afectează și băieții și fetele;
- riscul apariției sarcinilor nedorite, înainte de maturizarea fizică, afectează fetele ca și nou născuții. Acest aspect implică și reacții sociale,

Scanned with OKEN Scanner

economice ca și consecințe psihologice.

De aici marea importanță a ajutorului ce trebuie dat adolescenților prin educație. Adolescentul trebuie să fie bine și multilateral informat ca să poată alege între cele două căi:

- abstinența sexuală până la maturitate, ca cea mai sigură protecție (dar discutabilă în societatea modernă);
- educația sanitară și contraceptivă, domeniu care se face însă puțin în școală și chiar în majoritatea familiilor, existând ideea nejustificată din partea unor adulți, că aceste informații ar încuraja activitatea sexulă precoce.

Politica sanitară în scopul îmbunătățirii asistenței socio-psiho-sanitare, ocrotind sănătatea adolescenților, ca și planificarea familială, reprezintă colaborarea între medici, profesori, psihologi, sexologi, psihiatri, sociologi, andrologi și asistent. ***Nu poate fi însă omis factorul economic și întotdeauna raportarea la acest factor este obligatorie.***

Activitatea serviciilor de planificare familială pentru adolescenți trebuie să se bazeze pe o implicare plină de sensibilitate, de înțelegere profundă a situațiilor, pentru ca aceștia să poată lua deciziile cele mai bune, uneori cu participarea părinților.

Obiectivele generale ale centrelor:

- prevenirea sarcinilor la adolescente;
- profilaxia bolilor transmisibile sexual.

Acestea trebuie urmărite în condițiile în care adolescentul nu-și programează raportul sexual, deci nu utilizează nici o metodă contreceptivă sau protectoare.

Practicianul, confruntat cu cererea unei adolescente de a o îndruma va parcurge următoarele etape:

- încearcă să o convingă să amâne începerea vieții sexuale sau

Scanned with OKEN Scanner

- face educație sexuală potrivit nivelului de cultură al pacientei;
- explică metodele de prevenire a maladiilor transmisibile sexual;
- în paralel înncepe prescrierea unui contraceptiv.

Oricare dintre etape ar fi acceptate de pacientă, aceasta trebuie să aibă siguranța confidențialității (100%).

În această ordine de idei Cabinetele de Planificare Familială trebuie să ofere adolescenților, în general:

- sfat contraceptiv competent pentru a alege din multitudinea de metode pe cea mai potrivită vârstei, nivelului cultural, stilului de viață, numărului de raporturi sexuale și, nu în ultimă instanță, partenerului;
- un minim de investigații clinice și paraclinice (hemoglobina, hematocrit, glicemie, probe hepatice, sumar de urină, examen ginecologic, FCB, FCD) care să certifice starea de sănătate a pacientei;
- ***contraceptive de calitate și raportate la posibilitățile lor materiale,*** care să asigure continuitatea tratamentului.

Primele două etape nu solicită nici un aport financiar din partea adolescentei. Pe baza investigațiilor și a rezultatelor, din discuțiile purtate cu pacienta se alege metoda contraceptivă.

Deși ciclurile timpurii după menarhă se presupun a fi anovulatorii, concepțiile foarte precoce sunt raportate a fi în creștere. O pilulă orală contraceptivă modernă, cu conținut estrogenic mic "lipid-protectoare", este cea mai potrivită metodă.

Folosirea doar a prezervativului pentru prevenirea sarcinii la adolescenți dă de obicei rezultate proaste. Dacă totuși este ales ca metodă contraceptivă de bază folosim orice ocazie pentru a informa despre contracepția de urgență cu pilule pentru personele cu contacte sexuale rare,

Scanned with OKEN Scanner

ocazionale, fără un partener stabil. Prezervativul ca mijloc de contraceptie ar mai putea fi sugerat în cazul unui partener adult, nu adolescent ce îl acceeptă și știe să-l folosească corect implicit având un nivel cultural ridicat.

Referindu-ne la aspectul economicității, trebuie să remarcăm că odată cu liberalizarea preturilor, au explodat și preturile tuturor tipurilor de pilule, prezervative, sterilete, etc. Pilulele contraceptive, chiar dacă o parte dintre ele au indicații terapeutice, nu se găsesc pe lista medicamentelor compensate de stat. Astfel, tinerele adolescente, pentru a-și putea asigura protecția necesară, ar trebui să dispună cel puțin de aprobarea părinților pentru a le achiziționa deși, chiar dacă aceștia ar fi de acord, s-ar putea să le fie imposibil să le ofere fondurile necesare.

La ora actuală cele mai folosite contraceptive, cu prețurile aferente sunt cele din tabel.

În farmacii:

Nr. crt.	Denumirea contraceptivului	Prețul (lei)	Costul lunar al utilizării (în lei/lună)
1.	TRIREGOL	15000 / 3 plachete	5000
2.	TRIQUILAR	28000 / 1 plachetă	28000
3.	TRINOVUM	25500 / 3 plachete	8500
4.	CILEST	35000 / 1 plachetă	35000
5.	MINIDRIL	17000 / 1 plachetă	17000
6.	MARVELON	7000 / 1 plachetă	7000
7.	MICROGYNON	30000 / 1 plachetă	30000
8.	RIGEVIDON	7500 / 1 plachetă	7500
9.	DIANE-35	70000 / 1 plachetă	70000
10.	POSTINOR	19000 / 10 cp	4360 (1)
11.	STERILET	160000 / buc.	2600 (2)
12.	PREZERVATIV	500-5000 / buc.	4000-40000 (3)

Scanned with OKEN Scanner

La Centrul de Sănătatea Reproducerii și Planificare Familială:

Nr. crt.	Denumirea contraceptivului	Prețul (lei)	Costul lunar al utilizării (în lei/lună)
1.	TRIREGOL	475 / 1 plachetă	475
2.	MINIDRIL	5732 / 1 plachetă	5732
3.	RIGEVIDON	790 / 1 plachetă	790
4.	STERILET	12000 / buc.	200 (2)
5.	DORYXAS	22900 / 10 fiole	1145 (4)
6.	MARVELON	7000 / 1 plachetă	7000
7.	PREZERVATIV	600 / buc.	4800 (3)

Din punct de vedere economic se menționează că:

1. Contraceptivul de urgență Postinor, administrat 1 comprimat la o oră de la raportul sexual neprotejat, poate fi luat de maxim 4 ori pe lună.
2. S-a considerat durata de utilizare a unui sterilet ca fiind de circa 5 ani.
3. Pentru a aprecia costul mediu în caz de utilizare a prezervativului, s-au considerat în medie pentru un adolescent (adolescentă) 2 raporturi sexuale pe săptămână.
4. Contaceptivul injectabil Doryxas se administrează în primele 6 luni - 1 fiolă la două luni și în următoarele 6 luni - 1 fiolă la 3 luni.

Din analiza costului lunar al contracepției rezultă că o adolescentă care se adresează Centrului de Sănătatea Reproducerii și Planificare Familială este necesar să suporte 475-5732 lei/lună pentru pilule, pentru sterilet media lunară ar fi de 200 lei/lună și în plus 4800 lei/lună pentru utilizarea prezervativelor. În același timp procurarea acestor mijloace din farmacii conduce la costuri de 4360-70000 lei/lună pentru pilule pentru sterilet 2600 lei/lună în medie și 4000-40000 lei pentru prezervative. În

Scanned with OKEN Scanner

plus în Centru se efectuează și testul de sarcină la costul de 8000 lei/test, prețul în farmacii fiind între 17000 și 30000 lei/test.

Adolescentele trebuie să fie supravegheate de cabinetele de planificare familială ce le oferă și metode de contracepție gratuite (pentru eleve, studente și șomere). Cu ajutorul mass media trebuiesc popularizate aceste aspecte, deoarece mulți adolescenți speriați de costurile ridicate ale metodelor contraceptive renunță la ele, acest fapt ducând la consecințe grave și imprevizibile.

Astfel, cea mai gravă consecință a lipsei contracepției sau a eșecului acesteia este avortul, care a fost evaluat de Ministerul Sănătății la 60000 lei. Beneficiază de gratuitate șomerele, studentele și elevele. Ce nu a fost luat în discuție sunt efectele negative ale acestei intervenții chirurgicale și costul său enorm, social, fizic și emoțional. Prima complicație este infecția diseminată dint-un sepsis local netratat până la momentul chiuretajului. Urmează în timp cervicita, inflamațiile cronice pelvine, sinechia uterină. Tratamentul acestor afecțiuni este foarte scump, incluzând tratamentul antibiotic local și general, anti-inflamator, fizio-terapie, intervenții de mică chirurgie. Din grupul adolescentelor ce au recurs la avort se recrutează viitoarele paciente ale secției de sterilitate ce vor face ani de zile terapii pentru reluarea fertilității.

Există posibilitatea ca o parte dintre adolescente să fie marcate de trauma avortului, ajungând în spitalele de psihiatrie, victime ale remușcărilor, tentativelor de suicid și a abuzului de droguri.

Reiese clar avantajul economic al adolescentei care se prezintă fie la Cabinetele de planificare familială, fie sunt orientate prin circumscripțiile sanitare, care trebuie să preia o parte din sarcinile de educație contraceptivă a tinerilor.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1. Chamberlain G. and Sir John Dewhurst — *A Practice of Obstetrics and Gynaecology.* Ed.Churchill Livingstone, 1986.
2. Guillebaud J. — *Contraception - Your Questions Answered.* Ed.Churchill Livingstone, 1993.
3. Jenkins S., Olive D.L., Haney A.F. — *Obstet. Gynecol.* 1986
4. Metzger D.A., Haney A.F. — *Obstet. Gynecol.* Clin. North. Am. 1989
5. Mândru-Ungureanu M. — *Sex și sexualitate.* Ed. Med. Buc., 1994
6. Pricop M. — *Ginecologie.* Litografia UMF Iași, 1993.
7. Sălăgeanu V., Titieni D., Vinți I., Costin. N. — *Adolescentul, familia și reproducerea.* Ed. Dacia, 1997.
8. *** — *Sexualitatea normală și patologică.* Iași, aprilie,1996.

Scanned with OKEN Scanner

15

Metode contraceptive la adolescente

Simona Ursu, Diana Popovici, Dana Cernucan, Ilinca Rădăuceanu, Asist. Alina Șerban

Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie "Elena Doamna" Iași
Centrul pentru Sănătatea Reproducerii și Planificare Familială

Adolescența - definită ca o perioadă cuprinsă între 10-19 ani (OMS) - se caracterizează printr-o serie de modificări anatomice, fiziologice și psihologice prin care tinerii se adaptează mediului în care trăiesc. O problemă deosebit de importantă a acestei perioade o reprezintă sexualitatea.

Programele de educație sexuală în școli, constau de cele mai multe ori în lecții de biologie, iar informațiile date sunt de cele mai multe ori reduse și tardive.

Numeroase cupluri își încep și își continuă activitatea sexuală fără nici un fel de instruire privind perioadele de maximă fertilitate și fără nici cea mai vagă noțiune despre posibilitatea de a evita o sarcină.

În ceea ce privește concepția că difuzarea largă a materialelor contraceptive ar favoriza activitatea sexuală precoce la tineret - se poate răspunde cu rezultate obținute în țările în care cu mulți ani în urmă au fost introduse aceste metode. S-a constatat că informațiile de contracepție nu au constituit un factor de corupție ci, dimpotrivă, i-a ajutat pe tineri să fie mai maturi în deciziile lor sexuale.

Imediat după hotărârea de a utiliza metode contraceptive trebuie consultat un medic. Studiile arată că o mare parte dintre adolescenți sunt sexual activi, chiar

Scanned with OKEN Scanner

dacă contactele sexuale sunt rare.

Un studiu efectuat pe un lot de 150 de tinere cu vârste cuprinse între 14-22 ani, la *Centrul pentru Sănătatea Reproducerii și Planificare Familială*, a arătat că primul raport sexual a avut loc la:

- mai puțin de 16 ani - 5,8%;
- 17-18 ani - 21,16%;
- 19-22 ani - 63,5%.

Același studiu arată că o proporție de 69,4% a utilizat metode contraceptive, ponderea cea mai ridicată având-o pilula minidozată estro-progestativă- 27,5%.

Există o serie de probleme ce pot apare la acestă categorie de tineri și anume:

- bolile cu transmitere sexuală (BTS), urmate de frecvența crescută a displaziilor cervicale. S-a constatat că din 100 de femei bolnave de infecție, 50% sunt infecții sexuale.
- o sarcină nedorită și, implicit un avort cu toate riscurile pe care acesta le determină.
- boli inflamatorii pelvine.

Pentru a preveni aceste neajunsuri este necesar ca adolescenții să se adreseze unui cabinet de palnificare familială, care le oferă un cadru agreabil și confidențial.

Metodele contraceptive potrivite tinerilor sunt variate, alegerea lor făcându-se în funcție de nivelul lor socio-cultural, de vârstă, obiceiuri sexuale, precum și în funcție de contraindicațiile relative și absolute. Astfel:

- pilula combinată minidozată cu estrogeni și progesteron poate reprezenta o alegere bună pentru adolescente, însă este bine să țină seama de faptul că există posibilitatea ca la această vârstă, o anumită doză de estrogen să producă o închidere prematură a epifizelor. Totuși, conform unor studii recente efectuate pe un lot de 5000 de adolescente (cu vârsta cuprinsă între 15-19 ani) din Marea

Scanned with OKEN Scanner

Britanie, s-a constatat că o doză zilnică de 30 până la 50 μg de etinilestradiol (mai ales dacă se adaugă și un progestagen), nu a avut efecte nefavorabile asupra creșterii.

Pilula este ușor de administrat și reprezintă o metodă reversibilă în planificarea familială. De asemenea, reglează și periodicitatea ciclului menstrual, reducând fluxul menstrual prin scăderea cantității de sânge și implicit combătând anemia. Efectele posibile pe termen lung ale inhibării axului hipotalamo-hipofizo-ovarian rămân în atenția cercetătorilor.

Un aspect controversat îl reprezintă afectarea dezvoltării emoționale, sexuale, precum și o eventuală alterare a sănătății reproductive. Aceste riscuri nu sunt însă atribuite pilulei ci, mai degrabă unui debut precoce al vieții sexuale.

Riscurile neoplaziei mamare și de col sunt reduse printr-o supraveghere periodică, atentă, în cadrul programelor de depistare a cancerului genito-mamar.

Alte metode contraceptive care pot fi utilizate de către adolescente sunt:

- minipilulele care conțin doar progestativ - în special pentru tinerele femei cu diabet zaharat (dar fără complicații vasculare sau retinopatie). Dezavantajul lor constă într-o eficacitate mai mică.
- progestativele retard - metodă lipsită de riscuri, dar care poate determina iregularități ale sângerărilor menstruale ca și întârzierea apariției ovulației, la întreruperea metodei.
- DIU - nu reprezintă o metodă de primă alegere la această vârstă. Dacă totuși există o solicitare în acest sens se preferă DIU care eliberează levonorgestrel, întrucât reduce riscul infecțiior pelviene care duc de obicei, la infertilitate tubară primară.

Scanned with OKEN Scanner

- contracepția post-coitală reprezintă doar o metodă contraceptivă de urgență în cazul contactelor sexuale neprotejate din perioda ovulatorie, sau în caz de fisurare a prezervativelor. Constă în administrarea a două tablete (cu 50 µg etinilestradiol și 250 µg levonorgestrel) în primele 72 de ore de la contactul neprotejat, și încă 2 tablete după 12 ore.

Steriletul post-coital în primele 5 zile de la contactul sexual neprotejat nu este indicat la adolescente datorită riscurilor menționate anterior.

Întrucât la această vârstă majoritatea raporturilor sexuale sunt întâmplătoare, iar riscul transmiterii BTS (inclusiv SIDA) crescut, este de dorit să se utilizeze alături de gelurile spermicide și prezervativul.

Contracepția prin metode naturale are eficacitate redusă.

Un rol deosebit de important îl are igiena vulvo-perineală care se modifică odată cu începerea vieții sexuale. Igiena sexuală cuprinde în primul rând îngrijirea organelor genitale externe și a vaginului, iar în al doilea rând, igiena raporturilor sexuale.

Un aspect important al sexualității la adolescente, îl constituie de multe ori lipsa cadrului legal și socio-etic.

Se va opta pentru o metodă contraceptivă dacă tânăra:

1. va înțelege importanța utilizării ei;
2. va continua să aibă raporturi sexuale;
3. starea ei fizică și psihică o permite.

În toate aceste cazuri va fi asigurată de confidențialitatea ședinței.

Având în vedere statistici recente conform cărora aproximativ 43% din adolescente au o viață sexuală, activitatea serviciilor de planificare familială trebuie să se bazeze pe o implicare plină de sensibilitate, înțelegere

Scanned with OKEN Scanner

profundă a situațiilor create, ajutând adolescenta să ia o decizie responsabilă.

Tendința de maturizare sexuală mai rapidă care se manifestă în prezent la fete poate duce la apariția unor probleme familiale și morale importante, standardele sociale de comportament fiind stabilite în perioada în care maturizarea sexuală era mai tardivă.

Totuși, având în vedere consecințele periculoase ale debutului vieții sexuale la această vârstă cea mai bună metodă contraceptivă o reprezintă amânarea activității sexuale până la deplina maturizare fizică și psihică.

Bibliografie

1. D. Chamberlain and Sir John Dewhurst — *A Practice of Obstetrics and Gynaecology.* Ed. Churchill Livingstone, 1986.
2. Guillebaut J. — *Contaception - Your Questions Answered.* Ed. Churchill Livingstone, 1993.
3. Mândru-Ungureanu M. — *Sex și sexualitate.* Ed. Med. Buc., 1994.
4. Pricop M., — *Ginecologie.* Litografia U.M.F. Iași, 1993.
5. Sălăgean V., Titieni D., Vinti I., Costin N. — *Adolescentul, familia și reproducerea.* Ed. Dacia, 1997
6. *** — *Sexualitatea normală și patologică.* Iași aprilie 1996.

Scanned with OKEN Scanner

16

Contracepția la adolescente

Valentina Diug
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N. Tesmițanu"
Chișinău, Republica Moldova

Contracepția la adolescente reprezintă o problemă de certă actualitate și dificilă. Adolescentele sexual active necesită un contraceptiv eficace și inofensiv. Ele necesită o atitudine specială în ceea ce privește contracepția, deoarece, graviditatea și îndeosebi nașterea la o vârstă precoce prezintă un risc crescut atât pentru sănătatea mamei cât și pentru cea a copilului. Alt aspect este și faptul că sarcina nedorită este deosebit de traumatizantă atât pentru adolescentă cât și pentru părinții ei. Evident că părinții ar dori ca adolescentele să nu intre în raport sexual până la vârsta de a forma o familie, ceea ce nu întotdeauna e posibil.

Un alt factor care trebuie luat în considerație este comportamentul temporar al cuplurilor cu contacte sexuale reduse sau ocazionale cu diferiți parteneri sexuali ceea ce mărește riscul de răspândire a bolilor cu transmisie sexuală și SIDA.

Pentru adolescenta expusă unui singur contact sexual neașteptat sau neprotejat e preferabil de utilizat contracepția postcoitală pentru a preveni o sarcină nedorită.

Metodele recomandate

Contraceptivele orale combinate care să conțină 50μg ethinil estradiol și 0,250 mg levonorgestrel. Se

Scanned with OKEN Scanner

administrează 2 tablete într-o priză urmată de alte 2 tablete după 12 ore. Metoda este eficientă (97%) dacă este folosită în intervalul de 72 ore de la actul sexual neprotejat.

Următoarea formulă. Se administrează 4 tablete COC ce conțin 30-35μg EE (Lofemenal) urmată de alte 4 tablete după 12 ore. În ziua următoare se administrează 2 tablete COC ce conțin 50μg EE, peste 12 ore se urmează alte 2 tablete.

O altă formulă. Utilizarea progestativelor. Se administrează într-o priză 10 tablete ce conțin 37,5mg Levonorgestrel (75mg Norgestrel), urmată de alte 10 tablete peste 12 ore.

Efectele secundare posibile la folosirea acestor formule sunt grețuri și vărsături în prima zi. În caz că nu se începe menstruația timp de 14 zile trebuie efectuat un consult pentru a diagnostica o sarcină și a alege o conduită ulterioară.

O altă metodă eficace până la 99% este utilizarea antiprogestinelor (mifepristone). Se administrează 600mg mifepriston în primele 72 ore de la contactul sexual neprotejat. Menstruația poate întârzia în 50% din cazuri. Intervalul maxim când poate să înceapă menstruația este de 21 zile. În caz de eșec trebuie de diagnosticat o sarcină. Efectele secundare sunt minime.

Pentru adolescenții sexual activi este recomandat prezervativul și ca metodă de protejare a bolilor sexual transmisibile. O metodă contraceptivă eficientă (99%) și de protejare a bolilor cu transmitere sexuală e Farmatex (ovule vaginale). Se utilizează înainte de contactul sexual.

Așadar, adolescentele merită o atenție deosebită și trebuie să aibă acces liber la centrele și cabinetele de planificare familială pentru a le proteja de o sarcină nedorită.

Scanned with OKEN Scanner

17

Contracepția locală la adolescente

Rodica Plesca, Iolanda Blidaru, Irina Cațighera, Nina Roman
Maternitatea "Cuza Vodă" Iași Cabinetul Contracepție și Planificare Familială

Conforma declarației IPPF - 1989, particularitățile de care se ține seama în alegerea metodei contraceptive, aplicabile și adolescentelor, sunt reprezentate de factori personali, culturali, socio-economici, de vârstă, paritate, caractere ale vieții sexuale (frecvența contactelor, număr de parteneri, risc de infecție, risc de sarcină, fertilitate, de contraindicații medicale și de posibilitatea de a recurge la avort).

Contracepția locală (vaginală), fiind complet lipsită de riscuri și de efecte secundare și, în general, nenecesitând consultație medicală, inclusiv examen ginecologic este ușor acceptată de adolescente, eficiența sa fiind însă relativ redusă.

Dintre metodele de barieră de utilizare feminină diafragma este mai greu acceptabilă datorită interferării actului sexual, fiind opțiunea adolescentelor mature psihic și cu o solidă motivație. Spermicidele, sub forma cremelor, spray-urilor, ovulelor eventual în asociere cu contraceptivele tip barieră (diafragma, capișonul cervical, bureții, prezervativul, etc.) sunt folosite mai ales de adolescentele cu o viață sexuală întâmplătoare, putând fi însă utilizate și pe durate scurte de timp, până la aplicarea unei alte metode. Prezervativul, datorită recrudescenței bolilor sexual transmisibile, a revenit în actualitate.

Avantajele majore ale contracepției vaginale constau în posibilitatea utilizării strict în caz de necesitate

Scanned with OKEN Scanner

și în prevenția maladiilor transmise sexual, inconvenientul esențial fiind eficiența scăzută, riscul de sarcină variind, funcție de corectitudinea utilizării, între 5-30%, la care se adaugă interferarea actului sexual.

Din totalul de 809 adolescente care s-au adresat Cabinetului Contracepție-Planificare Familială al Maternității "Cuza Vodă" Iași în perioada 1990-1996, 24 (2,96%) au optat pentru metodele locale de contracepție, reprezentând 4,88% din totalul (491) utilizatoarelor acestor metode. Menționăm că s-au recomandat atât metode de barieră (prezervative, diafragm), cât și spermicide (Nonoxynol, Pharmatex, Delfen).

Scanned with OKEN Scanner

18

Adresabilitatea pentru contracepție la adolescente

Rodica Plesca, Irina Catighera, Iolanda Blidaru, Nina Roman
Maternitatea "Cuza Vodă" Iași Cabinetul Contracepție și Planificare Familială

Noțiunea de "adolescentă", reprezentantă a stării de tranziție între copilărie și maturitate, cu multiple implicații fizico-psiho-sociale, este frecvent înlocuită cu noțiunea de "tânără", persoană aflată la vârsta la care se căsătorește sau începe să aibă o viață sexuală asemănătoare celei impuse de statutul marital.

Limitele noțiunii de "tânără" sunt relativ imprecise, cea inferioară ținând în genere de pubertate (14 ani) cu variații 11-16 ani și tendință la scădere, perioadă marcată de numeroase cicluri anovulatorii (55%) în interval de 2 ani de la primul ciclu, 35% în următorii 2 ani, 15% în al 6-lea și al 7-lea an, 3% în al 8-lea an și al 9-lea an - Volman), care nu prezintă însă nici o garanție contraceptivă, iar cea superioară fixându-se arbitrar la 18-19 ani, vârsta legală a majoratului dar și vârsta de la care apariția unei sarcini nu mai implică riscuri majore.

În prezent nu există un paralelism între precocitatea vieții sexuale și contracepție, indiferent de metoda aleasă (între 15-19 ani tinerele își încep viața sexuală în procent de 20% în Anglia, 30% în Finlanda, 50% în SUA, dintre care mai puțin de jumătate au utilizat metode contraceptive). În Franța primul raport sexual are loc în medie la 17 ani, unele dintre adolescente având însă viață sexuală de la 14 ani.

Cabinetul Contracepție-Planificare Familială al

Scanned with OKEN Scanner

Maternității "Cuza Vodă" Iași a acordat în perioada 1990-1996, 26.219 consultații, având în evidență 21.689 persoane de sex feminin dintre care 809 adolescente, ceea ce reprezintă 3,73%. Detaliind pe ani, se constată însă o reală creștere a adresabilității la această grupă de vârstă: de la doar 1,4% în 1990, 2,5% în 1991, 3,3% în 1992, 4,1% în 1993, 4,6% în 1994, 5,0% în 1995, la 5,2% în 1996. Referindu-ne în continuare la anul 1996, vom constata că, din 9324 consultații, 484 au fost acordate tinerelor între 15-19 ani.

Metoda contraceptivă	Consultații -total	Consultații - tinere
Pilula	6010	450
DIU	1946	20
Contaceptie injectabilă	847	14
Contracepție locală	111	-

Scanned with OKEN Scanner

19

Contracepția versus avort la cerere la adolescente

Irina Cațighera, Iolanda Blidaru, Rodica Plești, Nina Roman
Maternitatea "Cuza Vodă" Iași Cabinetul Contracepție și Planificare Familială

În 1967 avortul era recunoscut ca o importantă problemă de sănătate a femeii de către World Health Assanbly în rezoluția 20.41(WHO), iar în 1984 United Nations International Conference în cadrul UNFPA instituia importanța serviciilor de planificare familială, strictă necesitate a adolescenței ca etapă de pre-maturitate, când riscul medico-social este întotdeauna asociat sarcinii, iar sfatul contraceptiv și educația sexuală se constituie mai mult ca oricând în esență a planning-ului.

WHO, Oficiul Regional pentru Europa-Copenhaga (1989) evidențiază, pe baza chestionarelor folosite în școli, că de 2 ori mai mulți băieți (25%) față de fete (12%) nu aveau un minimum de informații, primele date survenind la 12-13 ani la ambele sexe, sursa pentru băieți fiind, la mai mult de jumătate (53%) școala (profesori, colegi), familia intevenind la numai 5,5% cazuri, iar pentru fete, mamele (41%), apoi școala, (32%). Această situație apare cu atât mai gravă cu cât, la circa 2/3 adolescenți primul contact sexual are loc cu mult înainte de 18 ani, în contextul unui așa-numit "comportament de risc", care cuprinde insuficiența noțiunilor de contracepție, contacte sexuale episodice, neprotejate, parteneri multipli, care determină un avort la cerere la 5-25% fete, la această vârstă numai 1 din 10 sarcini fiind dusă la termen. Principalele cauze ale absenței

Scanned with OKEN Scanner

noțiunilor de contracepție la tânără sunt: aversiunea morală (57,51%), ambivalența (51,07%), gradul de acceptabilitate a anturajului (38,20%), contraindicațiile psihice (27,90%), proasta informare (15,45%), neîncrederea (10,30%), lipsa previziunii contactului sexual (9,87%), impunerea contactului sexual (0,86%), la adolescente ambivalența neînscriindu-se axei sexualitate-fertilitate-maternitate, ci numai axei sexualitate-fertilitate. Halparin afirmă că "sarcina este cea mai marcantă încercare psihologică din viața femeii, expresie a normalității și bunei funcționalități a trupului; la adolescenta care se îndoiește frecvent de propria fertilitate poate genera anxietate". Alte cauze ale unei întreruperi voluntare a cursului unei sarcini la această vârstă, în defavoarea contracepției sunt absența informației, dificultățile de procurare a contraceptivelor, pornind de la teama de consultația medicală, necesitatea dialogului, necesitatea examenului ginecologic, necunoașterea existenței centrelor de planificare familială și educație sexuală, spontaneitatea rapoartelor sexuale, iresponsabilitatea și frica de pilulă. Slaba motivație face ca, până la 17 ani, adolescenta să nu utilizeze nici o metodă (Prunner), solicitarea informațiilor referitoare la efectuarea unui avort fiind mai frecventă decât solicitarea informațiilor contraceptive (Sens și Bataille - regiunea Toulouse, Plat - alte regiuni ale Franței).

Anul	Total avorturi la cerere	Total avorturi 15-19 ani	Total avorturi sub 15 ani
1994	12731	628 (5,6%)	4
1995	13450	562 (5,1%)	2
1996	12367	444 (3,6%)	-

Scanned with OKEN Scanner

La Maternitatea "Cuza Vodă", în perioada 1994-1996 s-au efectuat 38548 avorturi la cerere dintre care 1640 la adolescente de 15-19 ani și 6 la adolescente sub 15 ani. La aceste grupe de vârstă s-au întregistrat și 203 avorturi spontane. Procentual, 4,2% adolescente au apelat la un avort la cerere, procent optimist dacă ne referim la adresabilitatea pentru contracepție în aceeași perioadă (4,93%) sau în anul 1996 (5,2%), aceasta din urmă depășind cifra adresabilității pentru avort.

Scanned with OKEN Scanner

20

Adolescenta - Sexualitate, Contracepție, Contragestie

Iolanda Blidaru, Irina Cațighera, Rodica Plesca, Nina Roman
Cabinetul Contracepție și Planificare Familială, Maternitatea "Cuza Vodă" Iași

Contracepția "sigură", drept fundamental al fiecărei femei a permis o sexualitate mai liberă și mai precoce în contextul informării tinerelor, gratuității pilulelor și steriletelor, anonimatului prescripțiilor contrecepției la minore cu sau fără acordul părinților. Din păcate, nu se mai poate vorbi despre un paralelism "sexualitate precoce - contracepție" în situația în care în Anglia 20% tinere și-au început viața sexuală, în Finlanda 30%, în SUA 50%, dar în 3 din 4 cazuri primul contact este neprotejat iar ulterior 1 din 2 contacte este neprotejat, majoritatea contactelor sunt episodice, neplanificate, partenerii multipli, 5-25% adolescente au la activ un avort, în Franța există anual 30000 sarcini la grupa de vârstă 15-18 ani iar 5-10% adolescenți au una sau mai multe boli cu transmitere sexuală.

Legea Neuwirth (1967, legea contracepției), nu s-a aplicat practic decât din 1973, trecerea la fapte având loc în 1975 în baza legii Veil de Întrerupere Voluntară a Sarcinii, prin deschiderea centrelor de Educație Familială și Planificare, gratuitatea consultației pentru minore, gratuitatea produselor contraceptive, informare și educație sexuală în licee.

Scanned with OKEN Scanner

La Maternitatea "Cuza Vodă", în ultimii 3 ani (1994, 1995 și 1996) s-a constat o scădere a adresabilității pentru avort (de la 5,6 la 5,1 și la 3,6), în 1996 cifra adresabilității pentru contracepție depășind-o pe cea a adresabilității pentru avort la această grupă de vârstă (5,2% față de 3,6%).

Scanned with OKEN Scanner

21

Obiective și etape ale activității de educație sexuală în licee

S. Galearschi, C. Mihăilă, C. Mocănașu, D. Pletea
Clinica I Obstetrică Ginecologie Iași,
Dispensarul comasat Copou

Educația sexuală caută să formeze la tineri o concepție pozitivă despre sexualitate, să ofere informații și mijloace întru menținerea sănătății sexuale și să-i ajute să capete abilitatea de a lua decizii.

Au fost luate în considerare 4 obiective de bază în educația sexuală:

- Informația
- Valori, atitudini, discernământ
- Relații și abilități în relațiile interpersonale
- Responsabilitatea

Din acestea au decurs 6 concepte de bază ale programului de educație sexuală în școli:

- Dezvoltarea umană, fizică, psihică, socială
- Relațiile ce au un loc central de-a lungul existenței
- Comportament sexual ca formă de manifestare a sexualității.
- Abilitățile personale în comunicare (în particular sexuală)
- Sănătatea sexuală
- Relația cu societatea și cultura

care la rândul lor au fost împărțite în subconcepte.

Mesajele de dezvoltare au fost alese în funcție de nivelurile de vârstă cărora li se adresează, elevii de liceu beneficiind pe parcursul celur 2-4 ședințe de o gradare a

Scanned with OKEN Scanner

informațiilor primite, începând cu nivelurile inferioare.

Cel mai mare interes la clasele mari a fost manifestat referitor la conceptul relațiilor privind prietenia, dragostea, întâlnirea, familia, statutul de părinte dar și la abilitățile personale referitoare la formarea sistemului de valori, comunicare, responsabilitatea față de deciziile lor. Pe al treilea loc s-a situat interesul pentru metodele contraceptive și căile de prevenire a bolilor cu transmitere sexuală.

În derularea activității de educație sexuală am întâmpinat o oarecare reticiență din partea cadrelor didactice (diriginți) și s-a remarcat lipsa de informare a părinților. Părerea noastră este aceea că există o nevoie de informare - educare corectă a "educatorilor din prima linie" (părinți, profesori).

Opinăm pentru dezvoltarea unui program activ și continuu de educație în școli standardizat în funcție de vârstă. Este necesară formarea animatorilor de educație sexuală printr-un program special de instruire. Introducerea orelor de educație sexuală de sine stătătoare și nu în spațiul orelor de dirigenție, pe parcursul întregului an de studiu ar putea duce la realizarea scopului "de educație" și nu doar la furnizarea unor informații disparate.

Acest din urmă aspect prin feed-back-urile realizate ar putea contracara sursele parazite de informații, ar contribui la neutralizarea miturilor și la formarea unui comportament sexual sănătos.

Scanned with OKEN Scanner

22

Contracepția de urgență cu Levonorgestrel, alternativă a regimului YUZPE

S. Galearschi, C. Mihăilă, C. Mocănașu, D. Pletea
Clinica I Obstetrică Ginecologie Iași,
Dispensarul comasat Copou

Contracepția de urgență reprezintă o metodă de prevenire a sarcinii după un contact sexual neprotejat presupus fecundant. Între metodele incluse în contracepția de urgență amintim regimul YUZPE (1980) contracepția cu progestagen (1980), inserție dispozitiv intrauterin, R.U. 486 (Mifepristone).

Levonorgestrelul este un progestagen cu efecte androgenizante și anabolizante scăzute, cu efecte antigonadotrope și antiestrogenice.

Modul de acțiune în cazul contracepției de urgență cu Levonorgestrel nu este pe deplin elucidat, se acceptă un mecanism de intercepție, de prevenire a implantării după fertilizare, prin modificări la suprafața endometrului ce devine impropriu nidației.

Avantajul principal al folosirii progestagenului este reprezentat de absența efectelor secundare datorate estrogenului (conținut în regimul YUZPE) și de aici posibilitatea de administrare mai frecventă mai ales la grupe extreme de vârstă.

Dezavantajele rezidă în efectele secundare datorate progestagenului, grețuri, vărsături, cefalee, creștere ponderală (rar), spotting (în literatura de specialitate 20-30%), tensiune mamară, nervozitate, hirsutism. Indicele

Scanned with OKEN Scanner

Pearls: 0,01-10,7.

Modul de administrare:

- doză unică - 0,75 mg; Levonorgestrel până la maximum o oră de la contactul sexual neprotejat. În cazul unui al doilea contact sexual, după trei sau mai multe ore se repetă doza.
- în cazul particular al mai multor contacte sexuale se administrează o doză la maximum o oră după primul contact și o a doua doză într-un interval de maximum 8 ore (doză maximă pe un ciclu menstrual = 4 x 0,75 mg Levonorgestrel - o doză pe săptămână). Trebuie remarcat că această metodă nu protejează față de alte contacte sexuale anterioare sau posterioare ultimei doze administrate.

Counseling-ul metodei

Trebuie să evidențieze avantajul contracepției de urgență față de recurgerea la avort. Trebuie de asemenea menționat că indicele de eșec în cadrul contracepției cu Levonorgestrel este mai mare decât al regimului estroprogestativ.

În cadrul counseling-ului trebuie de asemenea menționate efectele secundare ale adminstrării preparatului. Examinarea trebuie să excludă afecțiunile ce contraindică progestagenii (malignoame genitale, boli cerebrovasculare sau coronariene, afecțiuni hepatice acute, sângerări genitale nediagnosticate).

Clienta trebuie chestionată asupra particularităților ciclului menstrual, asupra eventualelor contacte sexuale neprotejate anterioare și i se explică lipsa de protecție față de alte contacte sexuale survenite în afara intervalului. Se explică de asemeni posibilitatea apariției menstruației la o altă dată față de cea normală dar că o întârziere mai mare de 10 zile a menstruației necesită investigații suplimentare.

Scanned with OKEN Scanner

Momentul vizitei de urmărire s-a convenit a fi imediat după menstruația survenită la data normală.

Toate informațiile sunt trecute într-un fluturaș ce se înmânează clientei care sumează un protocol "de urmărire".

Baza observațiilor efectuate a fost reprezentată de un număr de 19 cliente pe parcursul a 111 cicluri de administrare între una și două doze pe ciclu menstrual.

Populația căreia i s-a adresat această metodă a fost reprezentată în principal de studente (17 cazuri - 89,5%) și 2 cazuri (10,5 %) cu vârsta de 39 respectiv 41 de ani, persoane sănătoase și cu cicluri menstruale regulate.

Dintre acestea 5 cliente (26,3 %) au abandonat după 3-4 doze datorându-se schimbării metodei - opțiune pentru contracepția orală combinată (COC) sau schimbării comportamentului sexual (abstinență tranzitorie); într-un caz (5,2 %) motivul fiind apariția efectelor adverse de tip digestiv.

Concluziile observațiilor noastre:

- După folosirea acestei metode (trebuie de subliniat că a fost utilizată numai în perioada presupus fecundantă) rata de eșec a fost zero.
- Efectele secundare au fost minime, grețuri, spotting la 8 administrări (7,2 %) în cazul dozelor duble, un singur caz a prezentat manifestări digestive ce au determinat abandonul metodei.
- Recomandăm folosirea acestei metode la persoane cu contacte sexuale rare care nu justifică o contracepție hormonală de lungă durată, la persoanele care au prezentat efecte secundare la administrarea estrogenilor (regimul YUZPE) și a celor la care administrarea estrogenilor este contraindicată.

Scanned with OKEN Scanner

23

Educația contraceptivă și sexuală la adolescent

Petru Chitulea, Lucia Mitran, Geza Samuel
Universtatea Oradea, Facultatea de Medicină

Planificarea familială, concept nou în activitatea medicală din România, urmărește o mai bună calitate a vieții. În acest sens, cei implicați în planificarea familială, pledează în favoarea familiei și, în special, a femeii, care este recunoscută din ce în ce mai mult ca o parte activă a procesului de dezvoltare. Scopul este ca până la sfârșitul acestui secol toate familiile să poată avea propriile opțiuni în ceea ce privește fertilitatea proprie, sănătatea reproductivă și rolul în societate.

Pentru a atinge acest scop este nevoie de o informare de calitate, acces ușor la o sursă de continuare a educației, councelling-ului, contracepției, metode performante de investigații paraclinice.

O importanță deosebită trebuie acordată aspectelor psiho-somatice, de care cei ce lucrează în planificarea familială se lovesc frecvent.

Planificarea familială cuprinde o paletă largă de activități: starea de bine individuală, sfat genetic, aspecte psihologice și sociologice ale cuplului, counselling pentru tineri, relații interumane între cele două sexe, contracepție, avort, sterilitate voluntară, infertilitate, sterilitate, adopțiuni, reducerea mortalității/morbidității materno-infantile, dezvoltarea fizică și emoțională a copilului. Pentru a putea răspunde tuturor problemelor, trebuie să fie implicați medici ginecologi, generaliști, endocrinologi,

Scanned with OKEN Scanner

psihologi, sexologi, psihiatri, sociologi, profesori, juriști.

Nu este de loc ușor pentru cei implicați în planificarea familială să acționeze într-un spațiu geografic, social și cultural în care vreme de decenii nu a fost voie să se facă contracepție, unde ai de luptat cu o serie de mituri, unde educația generală și cea sanitară are o serie de lipsuri - printre altele și modul de a înțelege sănătatea și boala. Sănătatea trebuie înțeleasă ca un întreg, compus din părți interdependente: sănătate fizică, mentală, emoțională, socială, personală, spirituală. Fiecare din cele 6 aspecte ale sănătății sunt importante. Fiecare poate afecta restul.

Unul dintre obiectivele cabinetului nostru este educația sexuală a adolescenților. Amplasarea cabinetului în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie oferă condiții favorabile dezvoltării activității, în sensul că este accesibil tinerilor și există posibilitatea asigurării intimității, confidențialității, informării înainte de luarea unei decizii. Cu ajutorul presei și televiziunii locale am venit de repetate ori în contact cu tinerii. O altă modalitate de lucru este reprezentată de întâlnirile din școli. La începutul activității noastre (în urmă cu 4 ani) au fost unele situații în care ne-am confruntat cu o reacție ostilă din partea unor cadre didactice. Manifestau teama de a nu încuraja elevii în începerea vieții sexuale și din acest motiv fie că doreau să fie prezenți la discuții, fie doreau să cunoască anticipat tema ce urma să fie abordată. Pe de altă parte există profesori care ne solicită cu insistență prezența în școli. Din diferite sondaje de opinie am aflat că există și părinți care consideră că este nociv sau prematur de a se ține ore de educație sexuală la adolescenți, pe când alții solicită această inițiativă. Concluzia este că există foarte mulți adulți (părinți) care nu au cunoștințe elementare de sexualitate sau privesc cu teamă, rușine acest aspect.

OMS definește ca scop al educației sexuale:

Scanned with OKEN Scanner

"integrarea aspectelor fizic, emoțional, intelectual și social într-un mod pozitiv care modelează și îmbogățește personalitatea, comunicarea și dragostea; fiecare persoană are dreptul să primească informații despre sexualitate și să accepte relațiile sexuale cu ambele sale aspecte: plăcere și procreere".

Educația sexuală, prin modalitatea sa de lucru, ajută copilul să înțeleagă în mod pozitiv sexualitatea, să aibă grijă de sănătatea sa sexuală și să-i formeze abilități de a lua decizii în prezent și în viitor.

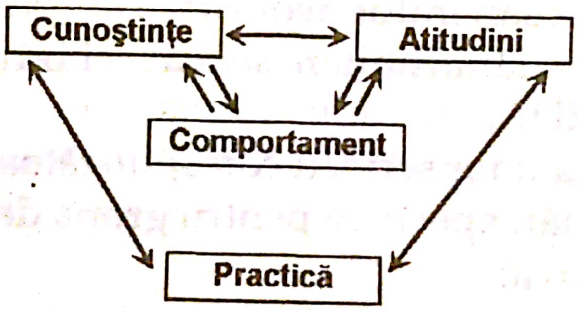
La Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare - Cairo 1994 s-a accentuat necesitatea instituirii unui program serios de educare sexuală a tinerilor, având următoarele obiective:

- promovarea dezvoltării corespunzătoare a sexualității responsabile, care face posibile relațiile de echitate și respect între sexe;
- evitarea sarcinilor nedorite, a avortului cu risc, a bolilor cu transmitere sexuală și infecția HIV/SIDA;
- oferirea unor servicii corespunzătoare și a unei îndrumări specifice pentru grupa de vârstă respectivă;
- guvernele trebuie să se asigure că atitudinile celor implicați în ocrotirea sănătății nu limitează accesul adolescenților la serviiciile și informațiile de care au nevoie. Aceste servicii trebuie să garanteze dreptul adolescenților la intimitate, confidențialitate, respect și informare înainte de luarea unei decizii, cu respectarea valorilor culturale și credințelor religioase, precum și a drepturilor, îndatoririlor și responsabilităților părinților.
- trebuie să existe un program guvernamental care să apere și să promoveze dreptul adolescenților la

Scanned with OKEN Scanner

educarea și informarea privind sănătatea reproductivă, precum și dreptul la servicii de sănătate reproductivă și să reducă substanțial numărul sarcinilor la adolescente.

Suntem conștienți că multe generații au crescut prin practicarea politicii de "menținere a secretului", fapt demonstrat frecvent de părinți și profesori. Mass media oferă de multe ori informații eronate și care influențează negativ cunoștințele și atitudinile legate de sexualitate. Acești factori externi nu fac decât să debusoleze un adolescent care are și așa destule semne de întrebare datorită transformărilor specifice vârstei. Educația sexuală fiind un proces care durează toată viața, noi urmărim prin activitatea noastră să oferim informațiile necesare, să formăm atitudini, credințe și valori despre identitate, comportament și relații interpersonale. Ne adresăm deci biologicului, psihologicului și socio-profesionalului.



Un studiu efectuat pe 10 clase de liceu (cls.XI și XII) - 4 clase liceu teoretic, 2 clase liceu industrial, 2 clase Liceul de Artă, 2 clase Liceul Pedagogic - un număr de 359 elevi (235 fete, 124 băieți), ne-a furnizat o serie de informații.

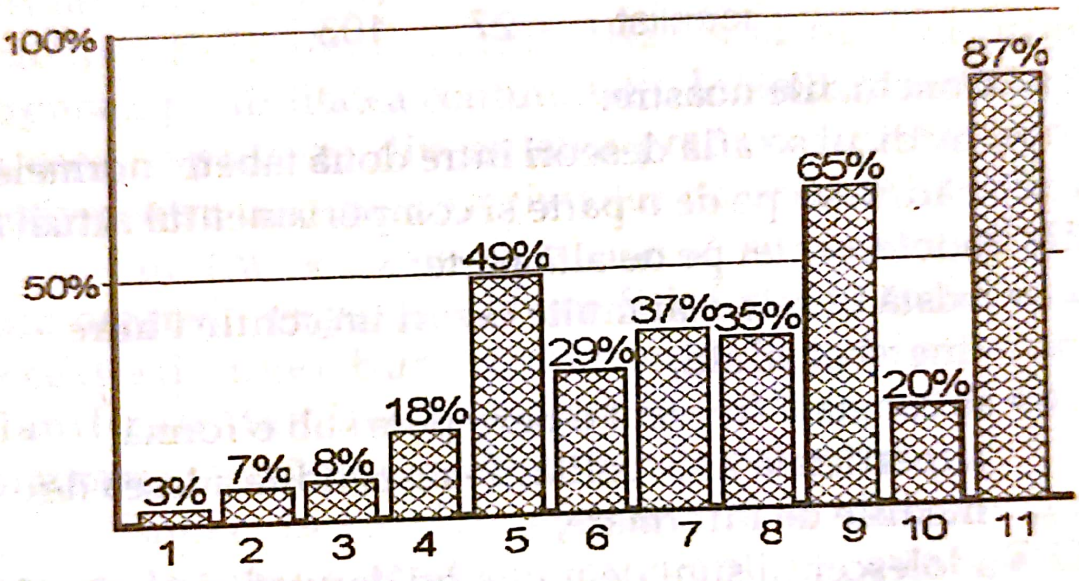
S-au abordat următoarele subiecte:

- Fiziologia masculină/feminină
- Stilul de viață
- Prieteneia și dragostea/afecțiune
- Valorile personale, morale
- Relații interpersonale
- Relații sexuale, legislația

Scanned with OKEN Scanner

- Tipuri de viață sexuală
- Abuzul sexual
- BTS/SIDA
- Sex în siguranță
- Contracepție
- Avort
- Ce înseamnă sprijinul și unde poate fi găsit
- Prietenie/cuplu/căsătorie/divorț/singur

Ca modalitate de lucru am folosit chestionarele.



Date din lotul studiat

1. - Fete care au avut o sarcină nedorită
2. - Fete care folosesc prezervativul
3. - Fete care folosesc tablete contraceptive
4. - Fete care au început viața sexuală
5. - Băieți care au început activitatea sexuală
6. - Adolescenți care afirmă că sunt dezorientați de informațiile primite prin mass media
7. - Adolescente care consideră importantă păstrarea virginității
8. - Adolescenți care consideră medicii sursa cea mai sugură de informații
9. - Adolescenți care consideră părinții și profesorii principala sursă de informații în sexualitate

Scanned with OKEN Scanner

10. - Băieți care folosesc prezervativul
11. - Adolescenți la care domină idealul despre marea iubire

În ceea ce privește tipul sexual, observațiile noastre sunt următoarele:

Tip sexual	♂	♀
inhibat	29	64
imitator	25	57
sportiv	43	11
idealist	27	103

Concluziile noastre:

- medicul se află deseori între două tabere: normele părintești pe de o parte și comportamentul actual al adolescenței pe de altă parte;
- există în cele mai multe cazuri un conflict între tineret și adulți;
- se constată frecvent o percepere sub o formă superficială a sexualității - răspândită adesea de mediile de informare;
- adolescenții sunt de multe ori derutați și au nevoie de un sprijin calificat;
- creșterea frecvenței bolilor cu transmitere sexuală;
- un număr, considerăm noi, mare de sarcini nedorite la adolescente;
- se impune conlucrarea strânsă între medici, cadrele diadactice, psihologi, sociologi în vederea instituirii unui program organizat de educație sexuală a adolescenților.

Nu trebuie să uităm că self-esteem-ul este foarte important pentru dezvoltarea armonioasă a unui individ și că el poate fi atins prin următoarele condiții:

- sentimentul de a aparține la ceva;
- unicitatea;
- puterea;

Scanned with OKEN Scanner

- modelul - furnizează exemplul de valori umane, filozofice, operaționale, scopuri, idealuri personale.

În ceea ce privește nevoia adolescenților de a folosi o metodă contraceptivă, ținem cont de particularitățile acestei vârste, de frecvența raporturilor sexuale, de numărul partenerilor sexuali, de eventualele boli asociate, de mediul socio-cultural. Pentru a face o consiliere adecvată trebuie câștigată încrederea adresanților noștri. În acest scop, la nivelul cabinetului am reușit să imprimăm un climat adecvat prin care se asigură intimitatea, confidențialitatea, accesibilitatea și ne străduim să asigurăm posibilitatea continuității. Întâmpinăm dificultăți în ceea ce privește diversitatea preparatelor hormonale, motiv pentru care uneori activitatea noastră are de suferit.

Sperăm ca aceste probleme să se rezolve în viitor, dacă organele responsabile vor fi informate corect asupra necesității unei bune funcționări a cabinetelor de planificare familială, având în vedere rolul lor în asigurarea sănătății reproductive în țara noastră.

Suntem în acordul majorității că la adolescenți cele mai potrivite metode contraceptive sunt C.O.C. microdozate și prezervativele. La cabinetul nostru se prezintă și multe tinere cărora li se indică C.O.C. pentru tratamentul dismenoreei, sindromul premenstrual, hipotensiunii hormonale, acneei, hirsutismului, tulburărilor de ciclu.

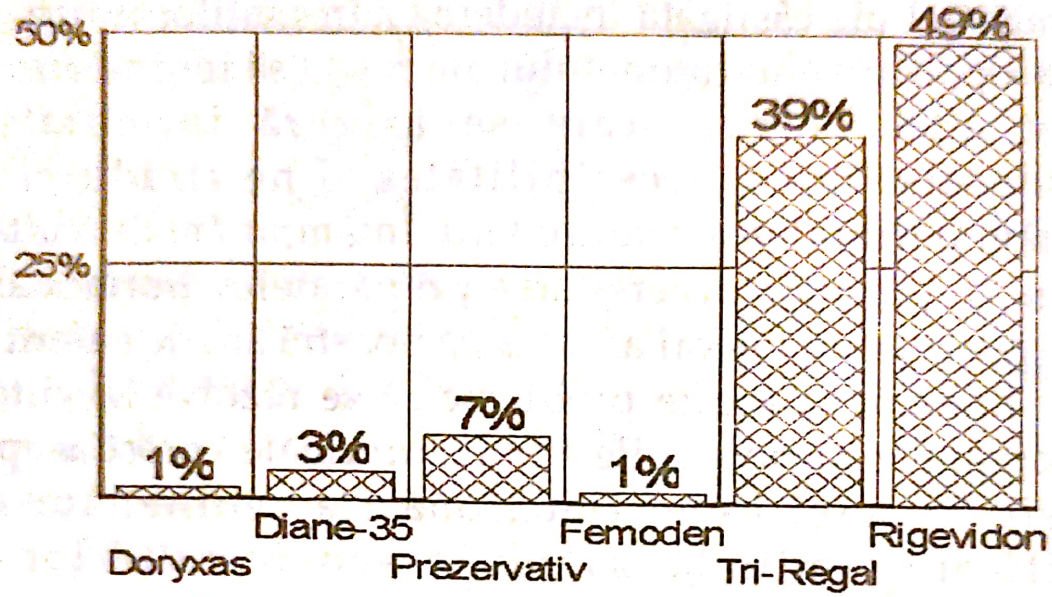
Lotul studiat timp de un an reprezintă 713 adolescente cărora după o consiliere corespunzătoare li s-a administrat:

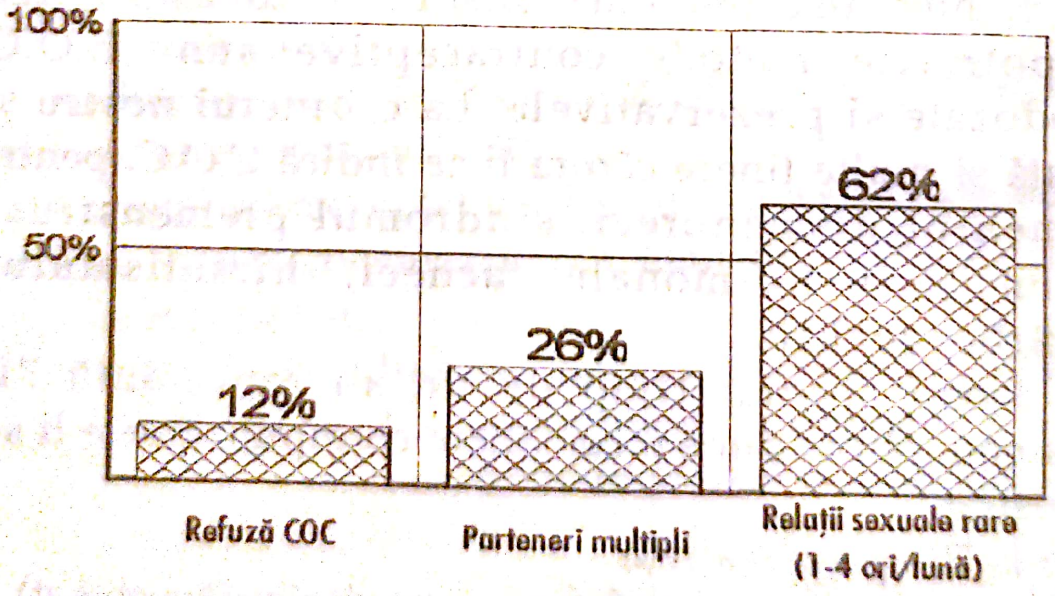
- la 50 - prezervativul
- la 355 - Rigevidon (C.O.C. monofazic microdozat)
- la 278 - Tri-Regol (C.O.C. trifazic microdozat)
- la 7 - Femoden
- la 24 - Diane 35
- la 9 - Contracepția injectabilă Doryxas

Scanned with OKEN Scanner

Dintre aceste 9 receptoare, 6 fac parte din minoritatea romilor și au avut în antecedente unul sau mai multe avorturi la cerere, au refuzat sau au fost necooperante la C.O.C. sau la prezervativ.

Un număr de 3 adolescente sunt bolnave psihic aduse de părinți și prezintă avorturi în antecedente.



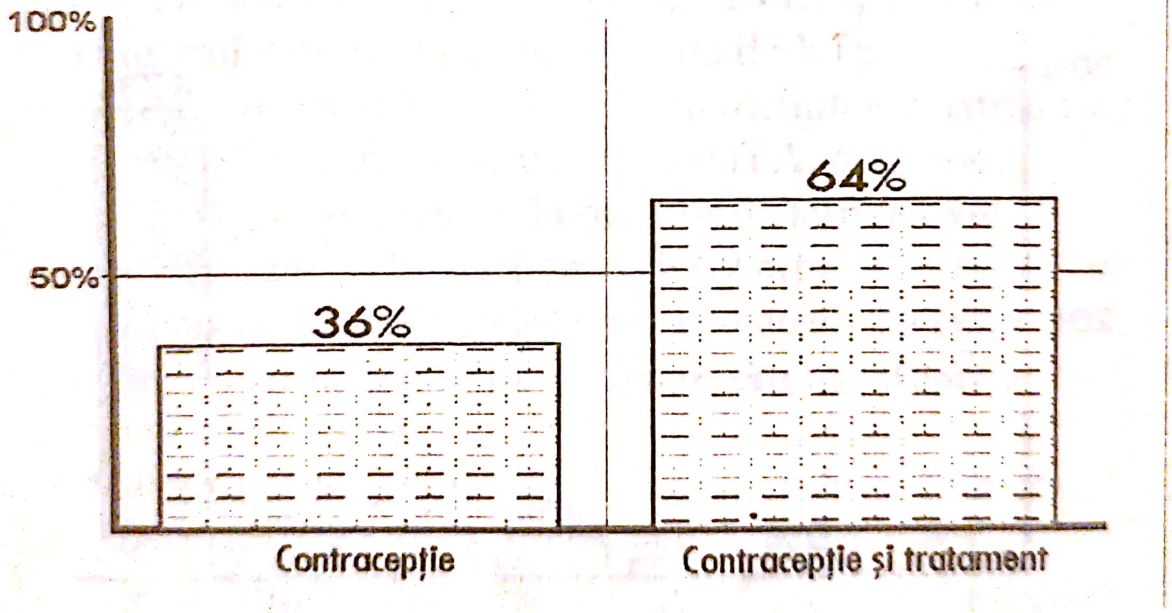


După un interval de 1 an (durata studiului), 17 tinere solicită schimbarea metodei cu C.O.C., afirmând că acest fapt se datorează partenerului.

Din cele 355 acceptoare de Rigevidon, 234 (64%)

Scanned with OKEN Scanner

doreau doar contraceptie, 131 (36%) prezentau dismenoree, tulburări de ciclu, mastodinii, sindrom premenstrual, distrofie chistică a ovarului. În intervalul studiat, 328 (90%) dintre tinere au prezentat o evoluție favorabilă, scăderea sau dispariția chistelor, reglarea ciclului, iar în 25 (7,6%) cazuri s-a schimbat contraceptivul cu Tri-Regol, deoarece au prezentat spaniomenoree, metroragie sau amenonoree, la 8 (2%) s-a indicat prezervativul, deoarece nu au respectat de mai multe ori modul de administrare, astfel că au apărut tulburări de ciclu, iar în 2 (0,5%) cazuri sarcini nedorite rezolvate prin chiuretaj. În 4 (1%) cazuri am avut intolerantă manifestată prin: HTA, migrene, vărsături, parestezii în membrele superioare și inferioare, tulburări de vedere.



Din cele 278 receptoare de Tri-Regal:

- 12,5% prezentau tulburări menstruale sub C.O.C. monofazică;
- 48% necesitau un preparat cu o ușoară dominantă estrogenică (hirsutism, acnee, hiperseboree) și nu au avut acces la Diane-35 datorită prețului;
- 12,5% prezentau antecedente heredo-colaterale de AVC, I.M., fără contraindicație absolută privind

Scanned with OKEN Scanner

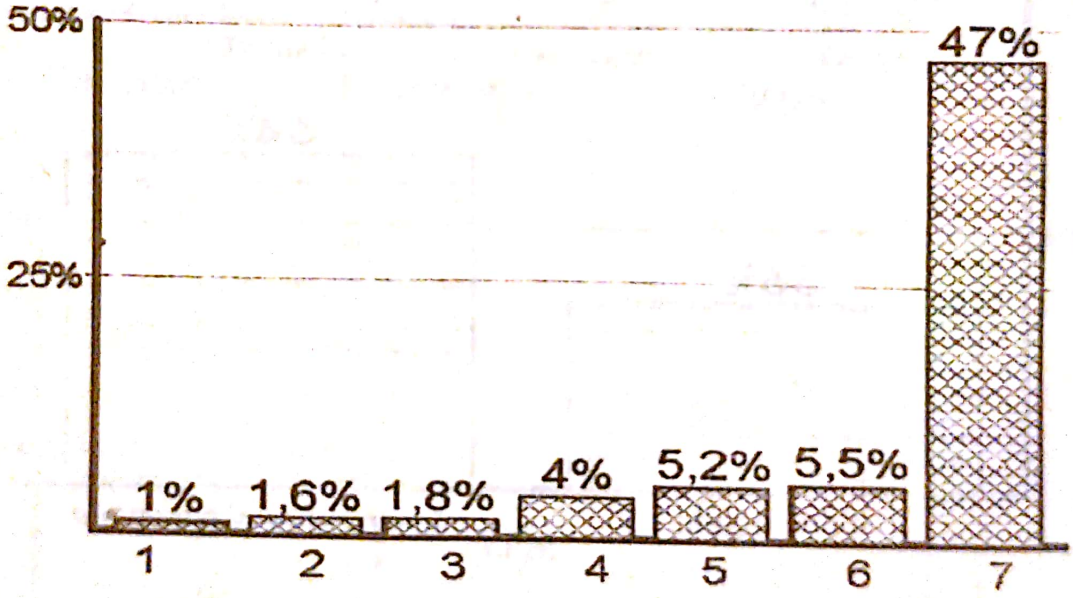
C.O.estroprogestativă.

La cazurile care au respectat modul de administrare, după 6 luni s-au observat efecte favorabile, pe lângă efectul contraceptiv.

În 7 (2,5%) cazuri am avut intoleranță: HTA, parestezii, tulburări de vedere, erupție alergică.

La cele 7 receptoare de Femoden nu s-au observat efecte secundare, dar au fost obligate să schimbe produsul atât datorită prețului ridicat cât și datorită dificultăților de procurare.

Cele 24 receptoare de Diane-35 prezentau hirsutism, acnee sau chiste ovarine. După 6 luni de tratament s-au observat efectele pozitive. Din păcate la ora actuală doar 6 persoane au mai rămas cu acest tratament, motivele fiind tot prețul crescut și aprovizionarea discontinuă.



1. Migrenă;
2. Creșterea TA, în special a valorilor diastolice;
3. Creșterea în greutate cu 2-5 kg
4. Tensiune mamară
5. Amenoree sau sângerări intermenstruale
6. Candidoză vaginală rebelă la tratament
7. Ușor disconfort în primele 1-3 luni

Scanned with OKEN Scanner

Deși nu considerăm contracepția injectabilă ca fiind indicată adolescentelor, am administrat la 9 persoane Doryxas datorită situației mai sus amintite.

Efectele secundare observate la contracepția injectabilă:

- 4 cazuri - amenoree în primele luni
- 2 cazuri - sângerări menstruale neregulate sau spotting
- 2 cazuri - chiste ovariene
- toate receptoarele au prezentat episoade de cefalee, dureri abdominale, balonări.

Concluzia studiului nostru este că tableta contraceptivă combinată microdozată este metoda cea mai potrivită la adolescenți deoarece are o eficiență mare și nu interferă cu actul sexual, iar apoi urmează prezervativul - fiind singurul care oferă protecție față de BTS.

- toleranța bună a C.O.C. în majoritatea cazurilor dar cele 11 cazuri de intoleranță (HTA, migrene, vărsături, parestezii la membrele superioare și inferioare, tulburări de vedere) atrag atenția că este absolut necesară urmărirea periodică de către medic pentru a se putea interveni în situațiile care cer acest lucru.
- faptul că tabletele anticoncepționale se eliberează în farmaciile cu circuit deschis fără rețetă, considerăm că nu este în beneficiul receptoarelor, deoarece ele nu se mai prezintă la medic pentru urmărirea periodică și de multe ori nu cunosc modul corect de administrare și interacțiunile cu alte medicamente.
- în ceea ce privește prezervativul, se constată o rezervă la un număr destul de mare de tineri; deci este necesară o educație mai susținută în favoarea acestei metode.

Problema educației sexuale și contracepției la

Scanned with OKEN Scanner

adolescente se lovește de o serie de bariere psiho-sociale, relația adolescent-familie, alegerea metodei contraceptive fiind influențată de tabu-uri religioase, factorul economic (în majoritatea cazurilor adolescenții apelează la contracepție fără consimțământul părinților, deci factorul economic este important).

Ținând cont de numărul mare al avorturilor la cerere la adolescente, de traumatismul fizic și psihic la care sunt supuse la această vârstă, la frecvența mare a BTS, considerăm că este necesar să se asigure tinerilor accesul larg la servicii de planificare familială unde să se poată da ajutorul de care au nevoie și să nu uităm că totuși "contracepția este mai bună decât avortul".

Scanned with OKEN Scanner

24

Studiu comparativ asupra evoluției nașterilor, avorturilor și folosirii mijloacelor contraceptive într-un spital din Galați

Mariana Crețu, E. Pralea, as. Maricica Stoica
Spitalul de Obstetrică Ginecologie "Buna Vestire" Galați

Cadrul general al dezvoltării umane cuprinde, ca o componentă de bază, evoluția stării de sănătate a populației.

În ultimele decenii, s-a acordat o atenție deosebită conceptelor privind sănătatea reproducerii și educației sexuale, crearea unor programe speciale și monitorizarea lor, pe plan național și internațional.

Datele sugerează faptul că persoanele care sunt informate în domeniul sexualității și care și-au dezvoltat capacități de evaluare, au o autoapreciere mai mare și sunt capabile să aibă noțiuni mai sigure și mai responsabile referitoare la sănătatea lor sexuală.

În condițiile din România după 1989, odată cu liberalizarea avortului s-a încercat și extinderea educației pentru sănătate și a educației sexuale în particular.

Persistă totuși, din acest punct de vedere 2 tendințe: practicarea unei politici de menținere a secretului de către familie, părinți, profesori, care exclud tinerii de la posibilitatea de a obține cunoștințe iar, pe de altă parte, hiperbolizarea sexualității prin mass media sau informații din societate, informații deseori eronate, neglijând de multe ori aspectul reproductiv și al BTS și care

Scanned with OKEN Scanner

influențează cunoștințele și atitudinile legate de sexualitate.

Se produce astfel o stare de confuzie a tinerilor, apare opțiunea neinformată, care poate avea ca rezultat sarcini neplanificate, boli cu transmitere sexuală sau relații care duc la nefericire personală.

Medicina modernă pune un accent deosebit pe planifcarea familială, ca element de sănătate. Noțiunea cuprinde nu numai elemente de contracepție, ci și o paletă largă de activități medicale, de la educația sexuală și contracepție până la explorări și tratamente ginecologice sau metode de screening pentru depistarea cancerului genito-mamar.

Planificarea familială este un drept al omului, a cărui extindere s-a impus ca o necesitate subliniind că numărul excesiv de nașteri și/sau avorturi prejudiciază sănătatea mamei, și/sau a viitorului copil.

Dar planificarea familială nu înseamnă limitarea familiei sau frânarea expansiunii demografice, ci limitarea doar a expansiunii necontrolate, dirijând reproducerea în sensul finalizării ei optime (Prof. V. Luca).

Așa cum subliniază și prof dr. V. Luca, libertatea individuală a sexelor, problemele proprii adolescenței, aspectele biologice și psihologice ale sexualității în lumea modernă, nu mai pot considera fecundarea și nașterea ca o fatalitate naturală, iar în evoluția societății moderne, reproducerea întâmplătoare, accidentală, de multe ori nedorită, este inadmisibilă.

În România de după 1989 principalul mijloc de control al fertilității a fost avortul, planificarea familială rămânând pe locul al doilea, deși beneficiile pentru sănătate sunt mult mai mari.

În lucrarea de față, vom urmări comparativ aceste două mijloace de control al fertilității, precum și evoluția, nr. de nașteri, la diverse grupuri de vârste, cu accentul

Scanned with OKEN Scanner

studiului la populația feminină tânără.

Material și metodă

Studiul s-a efectuat în Spitalul de Obstetrică și Ginecologie "Buna Vestire" Galați și în Cabinetul de planificare familială din acest spital, înființat în august 1993. Studiul s-a efectuat în anii 1995 - 1996.

Metodologia de lucru a fost statistica, urmărind:

- numărul total de avorturi (la cerere, spontane) și defalcat pe grupe de vârstă în anii 1995 și 1996;
- totalul mijloacelor anticoncepționale folosite și pe grupe de vârstă, mediu, în anii 1995 și 1996;
- tipul mijloacelor anticoncepționale folosite;
- eventualele reacții adverse, morbiditatea după folosirea mijloacelor anticoncepționale;
- numărul fișelor de sterilitate în evidență în spital.

Rezultate și discuții

O.M.S. definește adolescența drept etapa cuprinsă între 10-19 ani, iar populația tânără între 10-24 ani.

Perioada adolescenței are caracteristic intense transformări biologice și psihologice, care se răsfrâng asupra comportamentului individual în general și asupra comportamentului sexual în particular.

Atitudinile și valorile se schimbă, ca și interesul pentru sexualitate, reproducere, se dobândește o relativă independență socio-economică.

Debutul vieții sexuale are loc mai devreme, ca urmare crește riscul de apariție a unei sarcini precoce sau nedorite la femeile sub 20 de ani, crește riscul de contactare a unei B.T.S.

Am studiat în lucrarea de față numărul de nașteri, avorturi și utilizarea metodelor anticoncepționale în cadrul Spitalului "Buna Vestire" Galați și a Cabinetului de

Scanned with OKEN Scanner

planificare familială, înființat în august 1993 (ca și celelalte cabinete de planificare familială din Galați).

Considerând anul 1994 ca un an de început pentru activitatea de planificare familială am luat în studiu anii 1995 și 1996, după o activitate de mediatizare a activității cabinetelor prin posturile locale de radio T.V., ziarul local și lecții tinute în școli.

Astfel în spitalul "Buna Vestire" Galați au fost înregistrate următoarele evenimente:

În anul 1995:

- număr total de nașteri: 2084, din care:
  - sub 19 ani : 304 (14,6%)
  - între 20 - 24 ani : 999 (48%j
- număr total de avorturi :
  - spontane: 628, din care:
    - sub 19 ani: 44 (7%)
    - între 20-24 ani:166 (26,4 %)
  - la cerere: 3944, din care:
    - sub 19 ani: 286 (7,25 %)
    - între 20-24 ani : 1003 (25,43%)

În anul 1996:

- număr total de nașteri: 2016, din care:
  - sub 19 ani : 294 (14,6%)
  - între 20-24 ani: 897 (44,5%)
- număr total de avorturi:
  - spontane: 484, din care
    - sub 19 ani: 34 (7%)
    - între 20-24 ani: 211 (43,6%)
  - la cerere: 2706, din care:
    - sub 19 ani: 108 (4%)
    - între 20-24 ani: 634 (23,4%)

Dinamica nașterilor a fost înregistrată în tabetul I și a avorturilor în tabelul II.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul I - Dinamica nașterilor în anii:1995 și 1996

Grupe de vârstă	1995			1996		
	R	U	Total	R	U	Total
14-19 ani	142	162	304	102	192	294
20-24 ani	303	696	999	270	627	897
25-30 ani	114	489	603	134	489	623
31-35 ani	18	106	124	21	146	167
peste 35 ani	11	33	44	14	21	35
Total	588	1486	2084	541	1475	2016

Tabelul II. Dinamica avorturilor în anii 1995 și 1996

Grupe de vârstă	1995		1996	
	Spontane	La cerere	Spontane	La cerere
14-19 ani	44	286	34	18
20-24 ani	166	1003	211	634
25-30 ani	149	1112	220	832
31-35 ani	102	772	17	1014
peste 35 ani	167	771	2	118
Total	628	3944	484	2706

Aceste date arată o ușoară scădere a numărului de nașteri la toate grupele de vârstă, deși procentul celor sub 19 ani nu s-a modificat sensibil.

Avorturile la cerere au diminuat cu aprox. 33%, mai ales la femeile tinere, având totuși o pondere importantă în comparație cu numărul de nașteri.

Scăderea natalității nu este datorată în principal liberalizării avorturilor (observăm că și numărul avorturilor scade), ci comportamentului demografic în perioada de instabilitate socio-economică prin care trece țara din 1989.

Avortul rămâne deci, un important mijloc de control

Scanned with OKEN Scanner

al fertilității, care nu poate fi eliminat.

În aceste condiții, mijloacele contraceptive pot contribui în mare măsură la scăderea numărului întreruperilor de sarcină și la complicațiile acestora.

Înființat în august 1993 Cabinetul de planificare familială al Spitalului "Buna Vestire" a avut un început timid ca activitate și ca dotare cu mijloace contraceptive și ca accesibilitate (fiind situat în incinta spitalului, adresabilitatea a fost mai ales din partea femeilor venite pentru avort la cerere sau la consultații ginecologice).

Apoi, prin acțiunile de mediatizare amintite, adresabilitatea a crescut, numărul celor care solicită contracepție fiind totuși redus.

Din discuțiile avute cu ocazia consilierii femeilor venite pentru avort, am ajuns la concluzia că acest lucru este datorat și vehiculării în populație a unor efecte secundare ale mijloacelor contraceptive și exagerarea acestora, cât și procurarea directă din farmacii (pilule, folii spermicide, prezervative).

Astfel, din totalul femeilor consiliate cu ocazia solicitării efectuării unui avort, au cerut informații detaliate un număr de 785 de femei în 1995 și 780 în 1996.

Dintre acestea folosesc efectiv mijloace contraceptive moderne - 533 de femei (fiind dispensarizate), restul preferând mijloace naturale (calendarul, coitul întrerupt) sau spermicide locale intravaginale.

Tabelul III. Mijloace de conmtracepție folosite în Cabinetul de PF al Spitalului "Buna Vestire"

Metoda	Număr fișe
Contraceptive orale	261
Contraceptive injectabile	7
DIU	88
Condoame	84

Scanned with OKEN Scanner

Detaliind pe grupe de vârstă, mediu și starea maritală, observăm că femile tinere preferă contracepția hormonală majoritatea sunt din mediul urban, căsătorite.

Tabel IV. Detalii privind contracepția pe mijloace contraceptive, grupe de vârstă, mediu, stare maritală.

Grupe de vârstă	Mediu		Stare maritală		COC	DIU	Prezerv.
	R	U	Căsăt.	Necăsăt.			
sub 19 ani	6	53	21	38	26	-	33
20-24 ani	26	107	87	46	108	7	18
25-30 ani	20	108	119	9	78	28	22
31-35 ani	16	62	64	14	35	32	11
peste 35 ani	10	32	42	-	21	21	-

Dintre femeile sub 19 ani, un procent de 59% folosesc prezervative. Acest lucru s-ar explica prin faptul că majoritatea sunt eleve sau studente, au o viață sexuală neregulată și multe nu au un partener stabil.

Mijloacele contraceptive nu sunt lipsite de riscuri sau eșecuri, dar procentul acestora cste mult mai mic decât în cazul avorturilor.

În statistica Cabinetului nostru morbiditatea, complicațiile, eșecul s-au întâlnit în procent mic, confirmând datele din literatura de specialitate.

Astfel, pentru contracepția orală (respectând contraindicațiile) indicele complicațiilor a fost de 0,2-0,5% (mastodinie, tromboflebită, sângerări intermenstruale, vărsături etc.).

Rata de eșec a fost de 0,1 %.

Menționăm că am folosit contraceptivele primite la Cabinet prin M.S. (Rigevidon și Tri-Regol).

Pentru contraceptivele injectabile am avut complicații de 40%, motiv pentru care am schimbat metoda (tulburări de ciclu menstrual, cu sângerări repetate intermitente, care deranjau femeile).

Scanned with OKEN Scanner

Pentru DIU indicele complicațiilor a fost de 1-3% (2% expulzie, 1% infectie, 3% sângerare) iar rata de eșec 0.

Tabelul V. Rata complicațiilor și eșecurilnr metodelor contraceptive.

Metoda folosită	Rata complicațiilor	Rata esecurilor
COC	0,2 - 0,5%	0,1%
Ranyxas (injectabil)	40%	-
DIU	1 - 3%	-

Un capitol aparte al activității Spitalului "Buna Vestire" îl reprezintă tratamentul sterilității și infertilității. Voi prezenta statistic numărul cazurilor înregistrate, precum și ponderea avorturilor în antecedentele femeilor cu sterilitate secundară.

Sunt în evidență 296 de femei din care 119 cu sterilitate primară sau de cuplu și 177 cu sterilitate secundară. Dintre cele 177, 11 au în antecedente o naștere, 20 sunt cu boală abortivă, iar restul au în antecedente cel puțin un avort (146 cazuri = 82,5%).

Observând că un număr mare de femei întrerup o sarcină nedorită, unele dorind totuși un copil mai târziu, este extrem de important de a evalua efectele nocive eventuale ale unui avort provocat asupra funcției de reproducere.

Traumatismele colului, sinechiile uterine și/sau cervicale, infecțiile pelviene (pentru a menționa doar câteva exemple) sunt complicații susceptibile de a compromite o viitoare sarcină.

Avortul, fiind în continuare principalul mijloc de control al nașterilor în Galați, ca și în România, se impune accentuarea mediatizării mijloacelor de contracepție, insistând asupra beneficiului pentru sănătate și pentru sănătatea reproductivă în special cât și asupra beneficiului noncontraceptiv al unora din mijloace (COC, condoame).

Scanned with OKEN Scanner

Explicațiile menținerii în continuare a unui număr ridicat de avorturi în comparație cu mijloacele contraceptive sunt multiple.

Putem menționa nivelul de dezvoltare socio-economic, instabilitatea economică, educația, informația, accesul la informații (vezi zonele rurale și zonele mărginașe ale orașului), cât și opoziția față de mijloacele contraceptive (vehicularea de date eronate privind efectele secundare, administrarea incorectă, lipsa unei game variate de mijloace contraceptive).

La acestea se adaugă mentalitatea, comportamentul uman, care nu se pot schimba în 2-3 ani, în condițiile în care România se află după o perioadă de 40 ani de prohihiție a avortului și de educație sexuală minimă.

Trebuie menționat că în condițiile țării noastre, contracepția nu are rolul de a limita creșterea populației, ci de a diminua numărul de avorturi.

Contracepția nu limitează expansiunea demografică, ci expansiunea necontrolată, dirijând reproducerea în sensul că o reproducere accidentală, întâmplătoare este de neconceput.

În controlul fertilității contracepția și avortul se pot completa reciproc, în sensul că un avort poate fi urmat de informație privind contracepția și de alegerea voluntară a femeii a unuia din mijloacele contraceptive.

Concluzii

1. În condițiile în care avortul nu poate fi eliminat, asocierea cu metodele anticoncepționale rămâne principala metodă de control a fertilității.

2. În condițiile țării noastre contracepția nu are rolul de a limita numărul de nașteri ci reducerea numărului de avorturi și a complicațiilor acestora.

Contracepția și avortul sunt metode complementare,

Scanned with OKEN Scanner

nu competitive, de control al nașterilor.

3. Accesul la mjloacele contraceptive și mediatizarea acestora trebuie lărgite, pentru ca recurgerea la avort să scadă pe măsură ce populația devine mai informată în controlul fertilității.

În acest sens rolul educației sanitare și a educației sexuale în special este de mare importanță.

Crearea unor programe de educație sexuală, pentru tineret în special, va avea ca avantaj nu numai prevenirea incidenței crescute de sarcini în rândul adolescenților, a avorturilor, a BTS, dar vor ajuta tinerii să-și realizeze propria sexualitate într-o manieră pozitivă și responsabilă.

4. Dotarea cabinetelor de planificare familială cu materiale informative și mijloace contraceptive diverse, la un preț accesibil, va putea facilita acceptul contracepției și proporțional scăderea numărului de avorturi.

Scanned with OKEN Scanner

25

Considerații asupra vieții sexuale la adolescenți. Particularități ale planning-ului

D. Dumitrescu, Mădălina Iovoaia
Spitalul Orășenesc Tg. Neamț

Deși sarcina la adolscente crește incidența nașterilor premature, oprește procesul educațional pentru mulți tineri, conduce la avorturi și contribuie la creșterea ratei divorțurilor, rămâne o preocupare slabă în societatea noastră.

Această problemă poate fi atribuită în parte lipsei de accesibilitate la serviciile de planning familial.

Încercăm să explorăm căi inovatoare de a realiza educație contraceptivă la tineri și vom discuta câteva căi prin care planning-ul familial poate ajunge din clinică în comunitate, unde atât de mult trebuie făcut în scopul scăderii sarcinilor la adolescente.

Justificare pentru recomandarea serviciilor contraceptive la adolescenți

Profesioniștii din planning-ul familial sunt responsabili pentru recomandarea serviciilor de tip: counseling, educație contraceptivă și îngrijire medicală. Adversarii acestei atitudini argumentează că educația sexuală și disponibilizarea contraceptivelor sunt responsabile pentru creșterea numărului sarcinilor la adolescente. Alții susțin că singura cale eficientă de a preveni sarcinile la adolescente și de a cultiva respectul de

Scanned with OKEN Scanner

sine, este abstinența sexuală în cursul adolescenței.

De fapt, refuzarea serviciilor de planning familial pentru adolescenți nu va duce la scăderea numărului celor activi sexual. Mai degrabă rezultatul ar fi mai multe sarcini nedorite, fiecare purtând un cost enorm social, educational, economic și emoțional.

Recomandarea contraceptivelor la adolescenți este o parte a soluției la problema sarcinii la adolescente, deși sigur nu reprezintă o rezolvare în totalitate.

Specialiștii în planning familial trebuie să recomande servicii la acei adolescenți care au ales să întrețină relații sexuale și trebuie să facă orice efort pentru a-i susține pe cei care au ales să nu se angajeze în viața sexuală. Îngrijirea medicală, counseling-ul și informarea trebuie oferite tuturor adolescenților indiferent dacă sunt activi sexual sau nu.

Considerații privind planning-ul familial la adolescenți

Deși orice adolescent ce solicită counseling și servicii de planning familial este unic, unele caracteristici sunt comune tinerilor în general:

- mulți adolescenți ce se adresează cabinetului de planning familial au o nevoie puternică de atenție. Succesul obținut la recomandarea de contraceptive, poate fi mai mult influențat de înțelegerea pacientului rezultată dintr-un counseling atent decât de caracteristicile intrinseci ale contraceptivului.
- adolescentele încep să aibă raporturi sexuale la vârste tinere, dar își doresc să aibă o sarcină la vârste din ce în ce mai avansate. Adolescentele de azi, vor fi astfel mai expuse riscului de sarcini neprevăzute și efectelor adverse ale

Scanned with OKEN Scanner

contraceptivelor decât corespondentele lor din generațiile precedente.

- infecțiile transmise sexual, care de obicei duc la sterilitate sunt frecvente printre adolescenții activi sexual și printre indivizii cu parteneri sexuali multipli. Deși adolescenții pot avea ceea ce consideră ei o relație sexuală stabilă cu un partener pentru o perioadă de 2-5 ani, ei pot avea parteneri sexuali multipli.
- comunicarea efectivă privind activitatea sexuală este mai dificilă la cuplurile de adolescenți decât la cuplurile adulte. În consecință, metodele care necesită cooperarea ambilor parteneri pot să nu aibă succes.
- mulți adolescenți activi sexual au o frecvență a raporturilor sexuale de 5-10 ori pe an.
- adolescenții tind să fie neatenți în folosirea contraceptivelor și se prezintă cu dificultate la controalele periodice.
- adolescenții nu se prezintă pentru controale medicale decât dacă li se cere pentru școli, tabere, angajări sau echipe sportive. Astfel, cabinetele de planning familial pot fi singurele cabinete unde se acordă îngrijiri medicale tinerilor.
- de vreme ce adolescenții petrec mai mulți ani în școală, încep să lucreze mai târziu, se căsătoresc mai târziu, hiatul dintre maturizarea lor sexuală și socială se lărgește.

Bariere pentru contracepție

Teoretic, tehnologia contraceptivă, pentru a reduce numărul de sarcini nedorite este disponibilă. Totuși, deși tinerii au anumite cunoștințe despre contracepție, rămâne un gol între activitatea sexuală precoce și folosirea

Scanned with OKEN Scanner

contracepției.

Atitudini personale

Comportamentul sexual precoce poate intra în conflict cu practica socială,credințe religioase sau așteptările părinților. Adolescenții pot avea dificultăți dacă recunosc că sunt activi sexual și folosesc metode de control al nașterilor. Adolescentele mai ales nu își doresc să debuteze în viața sexuală înainte de a avea o relație stabilă. O experiență mai precoce este de multe ori neplanificată. Băieții, în general, nu iau în considerare contracepția, presupunând că partenerele sunt protejate de vreme ce acceptă o relație sexuală.

Tinerii ai căror părinți recunosc și anticipează emoțiile puternice prin care trec și se așteaptă ca ei să se comporte responsabil față de partenerii lor, nu vor începe relații neprotejate și sunt mai dispuși să folosească metode contraceptive de la primul contact sexual. Atitudinea lor diferă de cea a tinerilor ai căror părinți nu le oferă un astfel de suport. Rezultate se pot obține și prin programe de educație contraceptivă în școli.

Dificultăți practice

Adolescenții pot apela la medicul de familie sau la serviciile unui cabinet de planning familial. Dacă medicul de familie este o persoană înțelegătoare, adolescentul i se va adresa mai întâi. Totuși, adolescenții pot fi refractari în apropierea unui medic pe care îl pot considera ostil sau prea apropiat de părinți. Cabinetele de planning familial, pot să nu fie acceptabile pentru un adolescent care nu-și dorește încă să-și planifice o familie sau riscă să se întâlnească aici cu prieteni sau cunoștințe.

Scanned with OKEN Scanner

Teama de examinare

Adolescentele își manifestă deseori teama de examenul genital. Jena, relatările unor prietene contribuie la anxietatea pacientelor. Unele fete solicită examenul genital pentru a exclude o sarcină, dar pentru cele anxioase este mai bine să se amâne examenul genital pentru o a doua consultație, când poate vor fi mai relaxate și mai înțelegătoare.

Teama de efectele adverse ale contraceptivelor

Teama de presupusele efecte adverse ale contraceptivelor poate constitui o barieră pentru contracepție. De exemplu, unele adolescente știu din auzite că pilula ar cauza sterilitate sau căderea părului. Aceste temeri pot fi agravate de articole din ziare, reviste.

Bariere pentru o folosire permanentă

Chiar când s-a obținut contracepția, există bariere pentru continuarea ei. Cea mai comună cauză este destrămarea unei legături dar care poate fi urmată de restabilirea alteia. Unele fete, din frica de a nu fi considerate prea accesibile nu doresc să folosească metode contraceptive în absența unei relații stabile. Chiar unele femei, de teama de a nu fi acuzate de promiscuitate, renunță la pilulă. În unele cazuri se renunță intenționat la contracepție din dorința unei sarcini sau datorită anxietății privind infertilitatea.

Scanned with OKEN Scanner

Deziderate pentru cabinetul de PF

Accesibilitatea

Cabinetele trebuie să fie ușor accesibile să se ajungă ușor cu diferite mijloace de transport. Ideal ar fi să aibă program în zilele de sâmbătă sau seara, când tinerii să se poată prezenta.

Confidențialitatea

Trebuie respectată ca pentru orice consultație medicală. Mulți tineri sunt preocupați de confidențialitate deoarece nu doresc ca părinții lor să știe că sunt activi sexual sau folosesc metode contraceptive.

Publicitatea

Cabinetele trebuie să beneficieze de publicitate, astfel încât informațiile despre amplasare, program și servicii să fie disponibile. Cea mai obișnuită sursă de informații este de obicei o prietenă care a beneficiat de serviciile cabinetului. Nu în ultimul rând, informațiile trebuie furnizate de personalul medical: medici, asistente, asistente sociale.

Atmosfera

Este important să fie prietenoasă, nu anostă, prea eficientă și intimidantă.

Educația

Informații pertinente despre sexualitate, anatomie și fiziologie, reproducere și contracepție, sunt relevante pentru tineri. Discuțiile cu tinerii pot avea succes cu cei care vor să-și exprime opiniile, sentimentele față de

Scanned with OKEN Scanner

partener, să se compare cu alți adolescenți și să descopere că împărtășesc aceleași speranțe, temeri și dileme.

Counseling

Trebuie câștigată încrederea tinerilor. Personalul din PF trebuie să-și mențină rolul de "sfătuitor" și nu să decidă pentru pacient.

Counseling pentru partener

Un program de counseling pentru partener poate fi o opțiune, permițând vehicularea informațiilor privind contracepția, sarcina, boli venerice, responsabilitatea sexuală și luarea deciziilor.

Servicii medicale

Adolescentul activ sexual trebuie să primească aceleași îngrijiri medicale ca un adult. De vreme ce adolescenții sunt mai expuși să contacteze boli transmisibile sexual, importanța folosirii condoamelor pentru profilaxie, nu trebuie subestimată.

Testul de sarcină

Un test de sarcină rapid, ieftin, poate aduce adolescenții la un cabinet de PF.

Menținerea contactului cu pacienții adolescenți

Uneori poate fi necesar ca personalul din planning familial să ia legătura cu pacienții pentru informații, rezultate de laborator și, în același timp, trebuie să mențină confidențialitatea consultațiilor.

Scanned with OKEN Scanner

Evaluarea

Evaluarea serviciilor de PF este neglijată uneori. Personalul din PF, de obicei, își vede programul din punctul de vedere al adultului, mai mult decât al adolescentului. Deși evaluările din afară pot fi folositoare, adolescentii înșiși pot aduce cele mai bune critici programelor de planning familial.

Impactul asupra comunității

În ciuda oricăror eforturi, un program nu poate angaja toți tinerii dintr-o comunitate. Personalul din PF poate lua contact ce adolescenții înainte ca aceștia să ia decizii asupra activității sexuale prin promovarea educației și informației despre contracepție, sănătate, anatomie și fiziologie, tinerilor care nu se prezintă la cabinetul de PF. Părinții trebuie de asemenea informați și încurajați să susțină și să ajute adolescentul cu privire la decizia asupra vieții sexuale.

Este o problemă de alegere

Programele de planning familial trebuie să ajungă la tineri înainte ca aceștia să devină activi sexual. Personalul din PF și societatea trebuie să privească cu onestitate la éfectele sociale ale sarcinilor nedorite, fiind pregătiți să acorde prioritate acestei probleme.

Sarcina la adolescenți trebuie privită din perspectiva unei alegeri personale. Când fetele și băieții intră în adolescență se află în fața a numeroase decizii și alegeri. Prima alegere este dacă să devină sexual activi; a doua este dacă să folosească metode contraceptive. Prin activități, atât în cabinet cât și în comunitate, programele de planning familial trebuie să influențeze ambele alegeri.

Adolescenții trebuie să poată face alegeri informate

Scanned with OKEN Scanner

și să-și asume responsabilitatea pentru activitatea lor sexuală. Pentru aceasta ei trebuie să cunoască diferite posibilități de alegere și să fie încurajați să-și utilizeze cunoștințele privind sarcina și contracepția pentru a-și controla propria reproducție.

În ultimă instanță, decizia de a deveni activi sexual, de a folosi contracepția, de a da naștere unui copil rămâne o prerogativă a adolescentului. Dacă adolescenții pot fi ajutați să ia decizii mai bune pentru ei în perioada adolescenței, vor fi mai bine pregătiți să ia deciziile privind propria sănătate pentru tot restul vieții lor.

Scanned with OKEN Scanner

26

Avantaje și dezavantaje ale diferitelor metode contraceptive la adolescenți

Mădălina Iovoaia, D. Dumitrescu
Spitalul Orășenesc Tg. Neamț

Rata crescută a sexualității printre tineri și a sarcinilor la adolescente atrag atenția asupra necesității contracepției la adolescenți. Mai mult, 80% din adolescenții care au un prim contact sexual nu folosesc metode contraceptive sau le folosesc inadecvat.

Adolescenții de azi ocupă o poziție dificilă în structura noastră socială. Prea maturi pentru a fi considerați copii, prea tineri pentru a fi considerați adulți, adolescenții au fost superprotejați și, în aceeași măsură, neglijați. Presiunile sociale și ale partenerilor, "noua moralitate", liberalizarea avortului, sunt printre factorii care au contribuit la "revoluția sexuală" a adolescenților.

Câțiva factori pot explica de ce nu folosesc adolescenții contracepția sau de ce folosesc metode contraceptive inadecvate, precum și frica de a fi descoperiți de părinți. Mai poate fi implicat conceptul "aceasta nu mi se poate întâmpla mie".

Medicii, personalul din planning familial, educatorii pot fi acuzați de promovarea sexualității adolescenților și a promiscuității prin vehicularea informațiilor privind reproducerea umană, sexualitatea și contracepția, dar ei își bazează informațiile pe cunoștințele pe care adolescenții trebuie să le aibă din familie

Scanned with OKEN Scanner

neîncercând să supleeze rolul părinților în formarea standardelor morale ale tinerilor.

Criterii de recomandare a contracepției la adolescenți

Toți adolescenții activi sau potențial activi sexual necsesită:

1. Cunoașterea adecvată a :
   - procesului reproductiv uman;
   - metodelor adecvate de contracepție feminină;
   - metodelor adecvate de contracepție masculină
2. Servicii din partea:
   - cabinetelor de planning familial;
   - medicilor;
   - personalului de planning familial (bine informați trebuie să aibă timpul necesar pentru a realiza un counseling atent și o examinare medicală completă. Un istoric atent, cu examinare medicală completă, permit depistarea contraindicațiilor pentru folosirea anumitor mijloace contraceptive).
3. Accesul la mijloacele contraceptive.
4. Confidențialitatea

Cracteristicile sexualității la adolescenți

Datorită circumstanțelor unice ale desfășurării vieții fiecărui adolescent, anumiți factori trebuie luați în vedere pentru selectarea unei metode ideale de contracepție. Alegerea finală trebuie să aparțină fiecărui individ.

Caracteristicile adolescenților care influențează alegerea contraceptivului includ:

Scanned with OKEN Scanner

1. Frecvența raporturilor sexuale. Majoritatea adolescenților au raport sexual de 1-3 ori pe lună.
2. Imprevizibilitatea. Deoarece raporturile sexuale sunt frecvent imprevizibile ca timp și loc, unele metode de contracepție sunt mai puțin acceptabile.
3. Parteneri sexuali multipli. Legăturile sunt frecvent instabile, de unde rezultă un număr crescut de parteneri.
4. Riscul de boli transmisibile sexual. Riscul de a contacta o boală transmisă sexual crește cu numărul de parteneri. Lipsa cunoștințelor privind bolile transmisibile sexual este, de asemeni, o caracteristică a acestui grup.
5. Riscul crescut de sarcini nedorite. Riscul de a contracta o sarcină nedorită este crescut de folosirea inadecvată a metodelor contraceptive.
6. Imaturitatea. Unele adolescente pot să nu fie total mature, atât fiziologic cât și psihologic, aceasta afectând folosirea sau alegerea unor metode specifice.
7. Contracepția îndelungată. Adolescenta activă sexual este o potențială utilizatoare pe timp lung a metodelor contraceptive, ceea ce trebuie avut în vedere datorită efectelor secundare pe termen lung.
8. Nivelul de eficiență. Adolescentele pot fi caracterizate ca amânând nașterea copiilor, spre deosebire de femeile mature care doresc spațierea nașterilor sau limitarea fertilității. Astfel, necesitatea unor contraceptive eficiente crește, de vreme ce o sarcină neplanificată sau nedorită poate avea efecte dezastruoase.
9. Acceptabilitatea. Adolescenta modernă este preocupată în general de corpul ei. Factori ce afectează sau produc schimbări de greutate, sângerări neregulate, modificări emoționale, pot influența acceptabilitatea unei metode.

Scanned with OKEN Scanner

Selecția metodelor

Alegerea finală a unei metode contraceptive trebuie făcută de către un individ informat, după un counseling atent și un examen medical complet. Necesitatea acestor pași nu este supraestimată, deoarece acceptabilitatea și compleanța pacientului cresc considerabil dacă acesta este bine informat.

În tabelul următor redăm principalele avantaje și dezavantaje ale diferitelor metode contraceptive de care trebuie să se țină seama când sfătuim un adolescent. În afară de avantaje și dezavantaje, medicul trebuie să sesizeze orice contraindicație pentru folosirea unei anumite metode.Trebuie avute în vedere și părerile personale ale pacientului, temerile și capacitatea de înțelegere a fiecărei metode. Este esențial a dispersa miturile care înconjură fiecare metodă, îndeosebi cele legate de folosirea contraceptivelor orale.

Concluzii

Contraceptivele orale sunt cea mai eficientă metodă contraceptivă disponibilă. În același timp, folosirea zilnică poate fi nejustificată pentru adolescenții care au raporturi sexuale rare.

Totuși, în ciuda dezavantajelor, contraceptivele orale par a fi alegerea ideală pentru adolescenți. Folosirea unor doze mici, contraceptivele bifazice și trifazice dau efecte adverse reduse cu o creștere a acceptabilității și compleanței pacientului. Pilula contraceptivă trifazică dă o contracepție cu eficiență înaltă asociată cu o scădere a incidenței efectelor adverse. Aceste preparate pot deveni contraceptivele orale de electie nu numai pentru noi paciente, dar și pentru cele care au acuzat efecte secundare cu alte preparate.

Scanned with OKEN Scanner

Metoda	Avantaje	Dezavantaje
Contraceptive orale	• nivel înalt de eficiență • control bun al ciclului menstrual • scăderea fluxului menstrual • reducerea acneei faciale • anumită protecție împotriva bolilor transmise sexual • noi formule disponibile ce reduc efectele adverse și cresc acceptabilitatea	• efecte adverse (metabolice, sistemice) • necesită motivație zilnică • necesită supraveghere medicală • cost
Contraceptive injectabile	• acțiune lungă • eficiență înaltă • pot fi folosite la anumite paciente (retardate mintal) • nu e necesară o motivație zilnică	• tratament injectabil • necesită supraveghere medicală • efecte ireversibile până la terminarea metabolizării
Inel vaginal	• eficiență • nu e necesară o motivație zilnică	• efecte adverse similare CO • expulzie • dispareunie • control redus asupra ciclului menstrual • infecții vaginale
Implant	• eficiență • acțiune lungă	• inserție de către medic
DIU	• motivație unică • eficiență • lipsa efectelor metabolice	• efecte adverse: durere, sângerare, expulzie • perforație • boală inflamatorie pelvină • dificultăți de inserție • necesită personal specializat pentru inserție • înlocuirea necesară la 3-5 ani
Metode de barieră (diafragma și cupola	• ușor de folosit • poate fi montat cu mult timp	• rată de eșec semnificativă • necesită un grad înalt de

Scanned with OKEN Scanner

cervicală)	înainte de contactul sexual pentru a nu fi influențat de imprevizibilitatea acestuia • lipsa efectelor sistemice • autoadministrare	motivație • necesită o tehnică de inserție corectă
Spermicide	• ușor de folosit • lipsa efectelor metabolice și sistemice • poate fi folosit în combinație cu metode de barieră sau condoame • autoadministrare • anumită protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală	• rată înaltă de eșec • necesită un grad înalt de motivație
Aprecierea momentului ovulației	• lipsa efectelor sitemice și metabolice • autoadministrare	• rata eșecului semnificativă • necesită un grad înalt de motivație
Condoame	• anumită protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală • pot fi combinate cu spermicidele • lipsa efectelor sistemice și metabolice • sunt portabile • ușor de procurat • autoadministrare	• necesită un grad înalt de motivație • rata eșecului semnificativă • aplicarea corectă este esențială pentru menținerea eficienței
Contracepția postcoitală a. steroidală	• eficientă ca metodă de urgență • aduce adolescenta la un cabinet de PF unde poate primi recomandări pentru contracepția ulterioară	• numai ca metodă de urgență • grețuri, vărsături • alte efecte adverse
b. DIU	• eficiență • odată inserat poate funcționa în continuare ca metodă contraceptivă	• dezavantajele DIU

Scanned with OKEN Scanner

Din cauza efectelor secundare și a riscului crescut de boală inflamatorie pelvină, asociate cu folosirea DIU, adolescenta nu este o candidată ideală pentru această metodă. Totuși, de vreme ce pentru folosință este necesară o inserție unică, DIU poate fi o alegere rezonabilă pentru adolescente care demonstrează o compleanță redusă pentru metode ce necesită o motivație frecventă sau zilnică, precum contraceptia orală, metode de barieră și spermicide.

De vreme ce activitatea sexuală a adolescenților nu este de obicei însoțită de folosirea unor metode contraceptive, contracepția postcoitală își are rolul ei.

Contracepția postcoitală nu numai că protejează adolescenții de sarcini nedorite, dar îi aduce în cabinetele de planning familial unde pot primi o informare adecvată.

Frecvent, adolescenta expusă unui prim contact sexual neprotejat este pusă în fața unor probleme printre care frica de contactarea unei sarcini. Contracepția postcoitală nu tratează astfel numai o problemă imeediată, prevenția unei sarcini datorită unei singure expuneri, dar deschide calea către o metodă contraceptivă de durată.

Deși s-a stabilit prin multe sondaje că, în general, adolescenții manifestă o slabă compleanță pentru metodele contraceptive, trebuie precizat că există adolescente motivate care demonstrează înțelegerea în alegerea metodei contraceptive. Pentru ele, o metodă de barieră, un spermicid sau chiar metoda simpto-termică poate fi o alternativă la contraceptive orale (CO) sau dispozitiv intrauterin (DIU). Condoamele singure sau combinate cu spermicidele sunt de asemeni eficiente la acest grup. Inconvenientul major al acestor metode este rata înaltă de eșec.

Adolescenții trebuie considerați unici în scopul alegerii metodei contraceptive adecvate. Doar printr-un counseling adecvat, atribuirea de timp suficient și suport medical, prin aprecierea necesităților lor putem să-i asistăm

Scanned with OKEN Scanner

cu succes în alegerea metodei de contracepție ideală în acest moment crucial al vieții lor. Prin atribuirea de timp și efort în serviciile de planning familial vom putea asista la motivarea adolescenților în alegerea unei contracepții eficiente atunci când activitatea sexuală devine un factor în viețile lor.

Scanned with OKEN Scanner

27

Complicațiile dispozitivului intrauterin folosit în Clinica de planificare familială "Marie Stopes" Bacău

C. Cruceanu, S. Sălcudeanu, A. M. Sălcudeanu, V. Iosub, O. Beleuța, L. Beleuța, I. Lalu
Clinica de planificare familială "Marie Stopes" Bacău

De la deschiderea clinicii din ianuarie 1996 până în prezent s-au acordat 1016 consultații de contracepție, din care la 86 li s-au introdus D.I.U. tip Copper T., Multilan AG și Utering fl.

Selectarea cazurilor a fost făcută cu multă grijă.

- Examenul ginecologic a constat în examen clinic și examen citobacteriologic-citodiagnostic care trebuie să ateste starea de sănătate perfectă.
- D.I.U. s-a introdus la prima sau a doua menstruație după chiuretaj.
- S-a evitat introducerea D.I.U. la uterele cicatriciale și la cele cu sarcină extrauterină în antecedente.
- S-au introdus puține sterilete la nulipare pentru a nu fi cauză de sterilitate mai târziu. D.I.U. s-a introdus la nuliparele care nu aveau alte contraindicații și care au insistat pentru această metodă de contracepție.
- S-au exclus de la D.I.U. cele cu boli generale, hemoragipare, cardiace și diabeticele pentru că D.I.U. poate constitui un focar de infecție.

Scanned with OKEN Scanner

Modul de acțiune al D.I.U. este complex: împiedică transportul spermatozoizilor, modifică structura endometrului cu o ușoară endometrită ce împiedică nidația oului, iar efectul aditiv al ionilor de cupru este foarte important și el dă longevitatea în jur de cinci ani a D.I.U.

Sfaturile date femeii în momentul introducerii D.I.U. de a evita infecțiile genitale printr-o viață monogamă atât a ei cât și a partenerului sau utilizarea prezervativului în caz de nemonogamie, autocontrolul prezenței firului, controlul ginecologic la șase luni și consult în caz de complicații.

Dintre complicațiile D.I.U.:

- perforația la montare;
- sarcina;
- sarcina extrauterină;
- expulzia spontană a D.I.U. la prima menstră reprezentând 5%;
- proces inflamator pelvin;
- metroragie.

La cele 86 D.I.U. introduse în această perioadă am avut doar două metroragii în primele săptămâni după montarea D.I.U. care nu au cedat la tratament antiinflamator, simptomatic și hormonal necesitând extragerea lui.

D.I.U. "morning after" eficient până la 5 zile după un coit neprotejat nu l-am folosit pentru că cele care au solicitat au fost adolescente, necăsătorite și cu mai mulți parteneri sexuali, deci pasibile de complicații inflamatorii după D.I.U. La aceste paciente am folosit pilula de a doua zi care în toate cazurile a fost eficientă.

Scanned with OKEN Scanner

Din experiența noastră de un an și jumătate am constatat că D.I.U. este cunoscut și acceptat cu mai multă ușurință decât pilula, deși nu întodeauna nivelul de informare al femeilor a fost corect. Cu regret trebuie să menționăm că metodele moderne de contracepție sunt totuși puțin cunoscute, predomină informațiile greșite despre ele mai ales teama de cancer, ceea ce face ca numărul de avorturi în județul Bacău să fie destul de mare.

Scanned with OKEN Scanner

28

Metode de educație contraceptivă și sexuală la adolescenți

D. Crăiuț, R. Lucaci, H. Olah, D. Crihana, C. Noja
Oradea

A. Introducere

Educația sexuală este un proces de achiziționare a informațiilor și de formare de atitudini, crezuri și valori în legătură cu identitatea, relațiile și intimitatea, proces ce durează întreaga viață. El cuprinde: dezvoltarea sexuală, relațiile interpersonale, afecțiunea, intimitatea, aspectul trupului, rolul sexului, reproducerea. Educația sexuală se adresează domeniilor: biologic, socio-cultural, psihologic și spiritual ale sexualității și structurilor cognitive, afective și comportamentale, ducând la formarea abilităților de comunicare efectivă și de luare de decizii responsabile.

Educația sexuală și contraceptivă caută să ajute tinerii în înțelegerea unei concepții pozitive despre sexualitate, le oferă informații și metode despre cum trebuie să aibă grijă de sănătatea lor sexuală și îi ajută să dobândească abilitatea de a lua decizii informate, acum și în viitor.

B. Obiective

Considerăm că există patru obiective de bază pentru educația sexuală (și contraceptivă).

1. Decizia informată. A se oferi informații precise și coerente despre sexualitate și sănătatea reproducerii,

Scanned with OKEN Scanner

incluzând creșterea și dezvoltarea, răspunsul sexual, autoerotismul, orientarea sexuală, contracepția, avortul, abuzul sexual, HIV/AIDS și alte boli cu transmitere sexuală.

2. Atitudini, valori, discernământ. A se oferi tinerilor ocazia de chestiona, explora și evalua atitudinile lor sexuale pentru a-și dezvolta propriile valori, a-și spori respectul de sine (self-esteem), a dezvolta discernământul referitor la relațiile cu membrii ambelor sexe și a-și înțelege obligațiile și responsabilitățile față de cei din jur.

3. Relații și abilități interpersonale. A ajuta tinerii să-și dezvolte abilitățile interpersonale incluzând comunicarea, luarea deciziilor, siguranța, ca și abilitatea de a da naștere la relații satisfăcătoare. Programul de educație sexuală trebuie să pregătească elevii să-și înțeleagă pornirile sexuale în mod efectiv și creativ, în rolul de adult, în vederea dezvoltării capacității de ocrotire a relațiilor intime non coercitive.

4. Responsabilitate. A ajuta dezvoltarea și exersarea responsabilității față de relațiile sexuale, incluzând abstinența, rezistența la presiuni de a fi implicat prematur într-un contact sexual, încurajând folosirea contracepției și metodelor de igienă sexuală. Aceasta ar trebui să fie componenta centrală a programelor destinate reducerii problemelor medicale legate de sex, respectiv prevenirea B.T.S. inclusiv infecția cu HIV și abuzul sexual.

C. Material și metodă

Grupul țintă este format din tineri cu vârsta cuprinsă între 14 și 18 ani, din municipiul Oradea și județul Bihor, beneficiari ai programelor de educație sexuală și contraceptivă.

Metode folosite:

A. Cursuri (ore) de educație sexuală în instituții de

Scanned with OKEN Scanner

învățământ (școli, licee), în număr de peste 100, începând din 1993. Acestea au fost axate pe dezvoltarea a șase concepte de bază:

a. *Dezvoltarea umană* = interrelațiile dintre dezvoltarea fizică, emoțională, socială și intelectuală.
b. *Relațiile* = joacă un rol central de-a lungul vieții.
c. *Abilitățile personale* = necesare unei sexualități sănătoase.
d. *Comportamentul sexual* = sexualitatea este fundamentală pentru o ființă umană și indivizii și-o manifestă în moduri diferite.
e. *Sănătatea sexuală* = informații și atitudini specifice privind metodele contraceptive și B.T.S., inclusiv infecția HIV.
f. *Societatea și cultura* = mediile sociale și culturale modelează felul în care indivizii învață despre sexualitate și își exprimă sexualitatea.

Formele de desfășurare a acestor programe cuprind:

1. ***Prelegeri,*** cu componentă interactivă întrebări - răspunsuri și folosirea mijloacelor vizuale.
2. ***Discuții,*** pe teme alese de tineri.
3. ***Joc de roluri.***
4. ***Studii de caz.***
5. ***Brainstorming.***

Evaluarea se face la sfârșitul fiecărei etape și la sfârșitul programului.

B. Formarea de peer-educators (educatori din rândul tinerilor - elevi, studenți), inițiată din 1955.

C. Elaborarea și distribuirea de materiale informative. În colaborare cu D.J.T.S. a fost elaborat un pliant despre metodele contraceptive și infecția cu HIV. De asemenea au fost distribuite pliante elaborate de M.S. și O.N.G.-uri cu teme incluzând: Sarcina, Avortul, Metode contraceptive, C.O.C., în 1995 - 1996.

Scanned with OKEN Scanner

D. Intervenții în mass-media locală.

1. Ciclu de articole în ziarele "Jurnal Bihorean" și "Bihari naplo", pe teme de contracepție și sexualitate, în 1995.
2. Emisiuni săptămânale la TVS și TVO despre educație sexuală și metode contraceptive cu participare interdisciplinară - ginecolog, psiholog, medici de PF, reprezentați ai tinerilor - în 1996 și în prezent.
3. Emisiuni de "hot-line" la radio "Sonvest" pe teme de contracepție și sexualitate, 1996.

E. Participarea , alături de O.N.G.-uri și MTS, respectiv S.E.C.S.A.R.A.S., "Tineri pentru tineri", la programe de vacanță pentru tineret penru promovarea sănătății sexuale (Costinești - 1996).

F. Organizarea de module de PF și educație sexuală cu elevii școlilor sanitare - 1996-1997.

G. Prelegeri despre BTS inclusiv HIV și sexologie pentru medicii de medicină școlară - 1996.

H. Participarea la dezbateri, mese rotunde și alte activități organizate de asociații ale tinerilor ("AGORA") și intervenții pe teme de contracepție și educație sexuală - 1995-1996 și în prezent.

I. Participarea la simpozioane privind "Abandonul" și "Infecția cu HIV" la Spitalul de Copii Oradea - 1996-1997.

J. Organizarea de ateliere de educație sexuală pentru profesori - diriginți.

D. Concluzii

1. Evaluarea de etapă și la sfârșitul programului s-a făcut prin scăderea numărului avorturilor la cerere, la grupa de vârstă studiată.

2. Integrând subconceptele dezvoltării umane,

Scanned with OKEN Scanner

tinerii pot să-și aprecieze propriul trup, să caute informații suplimentare despre reproducere, să interacționze cu ambele sexe în mod corespunzător, să-și afirme propria orientare sexuală și să respecte orientarea sexuală a altora.

3. Aprofundând relațiile interumane, ei pot să-și exprime dragostea și intimitatea în mod adecvat, să dezvolte și să mențină relații evitând manipularea și exploatarea, să facă alegeri în legătură cu opțiunile familiei și ale stilului de viață.

4. Dezvoltând abilități personale adolescenții pot să se identifice și să trăiască conform propriilor valori, să-și asume responsabilitatea pentru propriul comportament, să ia decizii informate, să comunice efectiv cu familia și prietenii.

5. După abordarea aspectelor legate de sănătatea sexuală, tinerii pot să folosească contracepția, să prevină abuzul sexual, să evite contactarea sau transmiterea unui BTS inclusiv HIV, să caute îngrijirea prenatală, să practice controlul medical periodic al sferei genitale.

6. În privința aspectelor socio-culturale, vor putea manifesta toleranță față de persoanele cu valori sexuale diferite, stabili impactul mesajelor familiale, culturale, mass-media, sociale, etc. asupra propriilor idei, sentimente valori legate de sexualitate; promovează dreptul la informație; resping stereotipurile și, nu în ultimul rând, îi poteduca și pe alții.

Scanned with OKEN Scanner

Cilest

norgestimate, etinilestradiol

- **stabilitate a ciclului menstrual***
- **impact favorabil asupra metabolismului lipidic****

JANSSEN-CILAG

Detalii suplimentare vă sunt oferite de reprezentanța pentru România,
TEOPHARM, Tel.: 222 56 59, Fax: 222 62 58

Scanned with OKEN Scanner

TRI REGOL =

= **CONTRACEPTIV TRIFAZIC ECHILIBRAT**
conţinând levonorgestrel şi etinilestradiol
= **ECHILIBRU**
conferit de modul de acţiune **fizioLOGIC**

1. conţinut hormonal **minim** ◄► **înaltă** eficienţă contraceptivă
2. incidenţă **rară** a efectelor secundare ◄► control **continuu** al ciclului menstrual
3. posibilitate **rapidă** de refertilizare (la întreruperea administrării) ◄► **record de longevitate** în utilizare, prin excelenţa sa tolerabilitate (chiar la paciente cu intoleranţe la alte contraceptive)

Informaţii suplimentare puteţi obţine prin

REPREZENTANŢA RICHTER GEDEON ROMÂNIA

str. Caloteşti 1, et.2, ap.3, sector 3, Bucureşti

Scanned with OKEN Scanner

Schering AG Berlin

Produse înregistrate în România

Produse hormonale

- contraceptive orale:
  - **Microgynon** - contraceptiv minidozat
  - **Triquilar** - contraceptiv trifazic
  - **Femoden** - contraceptiv oral minidozat
- contraceptive injectabile
  - **Noristerat** - contraceptiv depot cu efect 3 luni

Diane 35 utilizat în ovarul polichistic, acnee, alopecie androgenă, forme uşoare de hirsutism, sindrom seboreic; are şi acţiune contraceptivă.
Gravibinon pentru tratamentul infertilităţii utilizat în avortul habitual, iminenţă de avort, insuficienţă de corp galben, etc.
Cyclo-Progynova - produs hormonal pentru tratamentul efectelor insuficienţei ovariene (perimenopauză, amenoree primară şi secundară, simptome de privare).
Primogonyl - gonadotrofină corionică umană utilizată în criptorhidie, hipogonadism secundar, pubertate tardivă.
Proviron - utilizat în terapia androgenă orală la pacienţii de sex masculin, ca: scăderea performanţelor sexuale la vârstă medie şi avansată, dereglări ale potenţei, hipogonadism şi infertilitate.

Citostatice
Androcur - tratamentul carcinomului de prostată cât şi hirsutismului sever.
Depostat - în adenomul de prostată, carcinom mamar evolutiv, carcinom endometrial evolutiv.
Bonefos - tratamentul metastazelor osoase.

Dermatologice

Advantan - corticoid cu acţiune puternică în exeme, cu efecte secundare minime.
Travogen - antimicotic local.
Travocort - antimicotic şi antiinflamator.
Skinoren - indicat în tratamentul nehormonal al acneei.
Ultralan - dermatocorticoid antiinflamator, antialergic, antipruriginos.

Antimicotic vaginal

Gyno-Travogen - eficient în administrare unică

Antihemoroidale

Ultraproct - unguent şi supozitoare

Substanţe radiologice de contrast

- ionice: **Urografin, Gastrografin**
- neionice: **Ultravist 240, 300, 370, Isovist 240, 300.**
- pentru rezonanţă magnetică: **Magnevist**
- pentru ecografie: **Echovist 200, 300**

Dispozitiv intrauterin

Cu T 380 A - (DIU)

Diverse

Betaferon - interferon 1b pentru tratamentul sclerozei multiple
Fludara - pentru tratamentul leucemiei limfocitare cronice cu celule B.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru cei care vin din urmă cu tinerețea,

problematica, speranțele și entuziasmul lor,

un gest de apreciere din partea

Centrului Județean de Sănătate a

Reproducerii și Planificare Familială Iași

Scanned with OKEN Scanner